

BARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE

Hvilke konsekvenser kan foreldres psykiske vansker få for sped- og småbarns utvikling, og hvordan kan helsestasjonen bidra til at disse barna får hjelp så tidlig som mulig?

Ylva Nygaard Nordahl



Masteroppgave i pedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

01.desember 2009

© Ylva Nygaard Nordahl

2009

Barn av psykisk syke foreldre

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:**BARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE**

Hvilke konsekvenser kan foreldres psykiske vansker få for sped- og småbarns utvikling, og hvordan kan helsestasjonen bidra til at disse barna får hjelp så tidlig som mulig?

AV:

Ylva Nygaard Nordahl

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk

Pedagogisk psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Høsten 2009

STIKKORD:

Psykiske vansker og lidelser, sped- og småbarnsutvikling, tidlig intervensjon, forebygging

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er barn av psykisk syke foreldre. Dette er barn som i mange år har vært ”usynlige” og der behandling av den voksne ofte har gått på bekostning av barnets helse og utvikling. De sist ti årene har det vært satset betydelig på psykisk helse i Norge gjennom blant annet Opptappingsplanen for psykiske helse 1996-2008. Målet har vært å styrke primærhelsetjenestene slik at barn i risiko kan få *riktig hjelp* til *rett tid*. På bakgrunn av denne satsningen rettes det i denne oppgaven fokus mot sped- og småbarn av psykisk syke. Hensikten er å undersøke hvilken rolle helsestasjonen kan tenkes ha i det forebyggende arbeidet rettet mot denne gruppen. Oppgavens problemstilling lyder som følgende;

Hvilke konsekvenser kan foreldres psykiske vansker få for sped- og småbarns utvikling, og hvordan kan helsestasjonen bidra til at disse barna får hjelp så tidlig som mulig?

Oppgavens tema og problemstilling belyses gjennom forskning og aktuell litteratur samt offentlige dokumenter og kartleggingsundersøkelser. Fremstillingen er i all hovedsak teoretisk, men der den avsluttende diskusjonen bærer preg av en mer praktisk vinkling.

Nyere kunnskap om sped- og småbarnsutvikling utgjør oppgavens teoretiske forankring. Dette innebærer at barns utvikling er et resultat av en transaksjonell prosess. En slik forutsetning får betydning for hvordan påvirkninger gjennom barnets miljø tolkes og forstås. Her foreldres psykiske vansker og risikofaktorer som forbindes med dette.

Hovedfunn/ Resultater:

Et komplekst samspill mellom medierende og modererende faktorer kan forklare hvorfor barn av psykisk syke foreldre er spesielt utsatte og sårbare for selv å utvikle psykiske lidelser og utviklingsmessige vansker. Genetiske-, biologiske-, og miljømessige faktorer kan forklare dette samspillet. Sped- og småbarn kan ses som en særskilt utsatt gruppe.

Helsestasjonen er et universalt tilbud som møter stort sett alle gravide og sped- og småbarnsfamilier på et tidlig tidspunkt. At de er et lavterskeltilbud innebærer at de har gode muligheter knyttet til det selektivt forebyggende arbeidet rettet mot risikofamilier. I oppgaven er det drøftet hvorvidt helsesøster har kunnskap og kompetanse til tidlig å identifisere sped- og småbarn av psykisk syke foreldre. Liten oppmerksomhet på implementering av gode og effektive kartleggingsverktøy i helsestasjonen fører til at helsesøster ofte er usikker i sine

vurderinger og avgjørelser. Jeg har pekt på betydningen av støtte og veiledning, samt trening i hvordan implementere kunnskap i praksis. Dette vil også tenkes å kunne hjelpe helsesøster til å stå i vanskelige situasjoner. Psykisk helse og spørsmål rundt foreldres omsorgsevne oppleves av faggrupper som vanskelige temaer. Denne barrieren medvirker til at barn av psykisk syke ikke får hjelp tidlig nok.

Tidlig intervensjon knyttet til sped- og småbarn av psykisk syke foreldre handler om iverksettelse av tiltak så tidlig som under graviditeten. Helsestasjonen har her en mulighet til å identifisere risikofylte svangerskap og forebygge gjennom å arbeide med foreldres egne erfaringer i barndommen og psykologiske forberedelse. Forsterket hjemmebesøk og samspillsveiledning der fokuset ligger på omsorgspersonenes foreldrefunksjoner og sensitive omsorgsutøvelse er innfallsvinkler helsesøster kan benytte i samarbeid med familiene etter barnet er født. Samtidig er det viktig å ikke glemme fokuset på barnets beste og hvordan psykiske lidelse og vansker ofte handler om omfattende problematikk. Dette krever omfattende kompetanse, ressurser og tverrfaglig samarbeid. Et godt tilbud til denne risikofamilien bør innebære hjelp fra flere instanser der både barnet, foreldrene og familien som helhet ivaretas og støttes. Dette krever god informasjonsflyt, åpenhet på tvers av hjelpeinstanser, samt tett oppfølging. I flere kommuner har det vært utprøvd et tilbud som går under familiesentermodellen.

Psykisk helse utfordrer hjelpetilbudenes tradisjonelle rammer og kan være en medvirkende årsak til at vi i fremtiden er nødt til å tenke nytt og på tvers av hjelpeinstanser.

Familiemodellen er et eksempel på dette.

Konklusjon:

Det er betydelige risiko forbundet med psykiske vansker som henger sammen med omsorgsfunksjoner og samspillsvansker. Barn av psykisk syke foreldre krever tidlig innsatts fra flere hjelpetilbud dersom man ønsker å forebygge for psykiske lidelser og patologi.

Helsestasjonen har en viktig rolle i forhold til tidlig identifisering og sammen med andre faggrupper kan både barna og foreldrene sammen få hjelp. Dette innebærer man ser barna tidlig og handler før det er for sent. Dette krever først og fremst holdningsendringer.

Tverrfaglig samarbeidskompetanse, praksisnær -og kjønnsnøytral forskning vil også være viktige bidrag i fremtiden dersom barn av psykisk syke skal få *riktig hjelp til rett tid*.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært som en tur i en berg- og dal bane. Det har til tider både vært tungt og krevende, samtidig som jeg har lært mye om meg selv under veis. Jeg har innsett at ingen ting er gratis og at det til syvende og sist alltid er avhengig av egen innsatts, mot og styrke. Å skrive om noe man virkelig interesserer seg for, gjør skriveprosessen både lærerik og spennende. Når det er sagt hadde jeg nok ikke klart å fullføre denne oppgaven, hadde det ikke vært for alle de menneskene jeg har møtt på veien og som har stått ved min side ved tildels altoppslukende og intensive perioder.

I denne anledningen vil jeg derfor aller først takke mine trofaste medstudenter som har bidratt til mye latter, sakelige, så vel som usakelige diskusjoner og betydningsfulle avbrekk fra skrivingen. Jeg gleder meg til London- tur jenter!

Jeg vil takke min alltid engasjerte mamma som har bidratt til spennende diskusjoner og utfordrende spørsmål som har fått meg til hele tiden å tenke ett steg frem over. Du stiller opp når jeg trenger deg, og du lytter når jeg har behov for å pøse ut med frustrasjon og sikkert mye tull. Pappa, takk for at du viser interesse for det jeg driver med og for at vi kan snakke om helt andre ting enn skole, eksamen og fag. Du inspirerer meg og tilfører noe ingen andre kan! Tusen takk til dere begge!

Francesco-kjære, jeg har ikke glemt deg. Hva skulle jeg gjort uten deg? I hele fem år har du vist tålmodighet og forståelse når jeg har vært stresset og lite hyggelig å ha med å gjøre. Takk for at du er den du er og for dine mange oppløftende ord. California ci aspetta! Un bacione!

Til slutt vil jeg takke min veileder som har presse meg i mørke tider, og som fikk meg til å innse at alt, til syvende og sist, er opp til en selv. Du har vært kritisk, samtidig som du har latt meg ta selvstendige avgjørelser. Du har bidratt til at jeg har presset meg til det ytterste for å levere. Takk!

Ylva

Oslo, 24.11.09

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Valg av problemstilling	3
1.3	Sentrale begreper og avgrensninger	4
1.4	Gangen i oppgaven	5

DEL I - TEORETISK FORANKRING

2	Sped- og småbarnsutviklingen	8
2.1	Det tidlige samspillet	8
2.2	Den viktige tilknytningen	9
2.3	Kognitiv- og nevrobiologisk utvikling	10
3	Tidlig intervensjon og forebygging	12
3.1	Definisjoner	12
3.2	Tidlig intervensjon til sped- og småbarn	13
3.3	Helsestasjonen – et universalt forebyggende tiltak i Norge	16
4	Oppsummering - Del I	18

DEL II - SPED- OG SMÅBARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE

5	Hvem er de psykisk syke foreldrene?.....	21
5.1	Psykisk sykdom - definisjoner.....	21
5.2	Foreldre med psykiske lidelser	22
5.2.1	<i>Affektive lidelser</i>	22
5.2.2	<i>Schizofreni</i>	23
6	Risikofaktorer knyttet til psykisk syke foreldre.....	25
6.1	Genetisk- og biologisk sårbarhet	25
6.2	Foreldrenes psykiske lidelse	26
6.3	Foreldrenes omsorgsutøvelse	27
6.3.1	<i>Foreldreskapet</i>	28
6.3.2	<i>Foreldrefunksjoner</i>	29
6.3.3	<i>”Indre arbeidsmodeller”</i>	30
6.4	<i>”Den kumulative effekten”</i>	31

7	Konsekvenser av å vokse opp med psykisk syke foreldre	33
7.1	Konsekvenser for sped- og småbarnet.....	33
7.1.1	<i>Samspillsforstyrrelser</i>	34
7.1.2	<i>Utrygg tilknytning</i>	35
7.1.3	<i>”Overlevelsestrategier”</i>	36
7.1.4	<i>Omsorgssvikt</i>	37
7.2	Langtidseffekter.....	39
7.2.1	<i>”Voksne barn” av psykisk syke foreldre</i>	40
7.3	Barn som klarer seg bra	41
7.3.1	<i>Resiliens og beskyttelsesfaktorer</i>	42
7.3.2	<i>Beskyttelsesfaktorer når mor eller far er psykisk syk</i>	42
8	Oppsummering - Del II.....	45

DEL III - HELSESTASJONENS ROLLE

9	Identifisering av sped- og småbarn av psykisk syke	49
9.1	Kunnskap og kompetanse.....	49
9.1.1	<i>Helsesøsters kunnskap og kompetanse</i>	50
9.1.2	<i>Implementering av kunnskap og kompetanse</i>	51
9.2	Kartlegging av sped- og småbarn i risikosoner	53
9.2.1	<i>Metoder og kartleggingsverktøy</i>	53
9.2.2	<i>Klinisk identifikasjon</i>	55
9.3	<i>”Man må våge og spørre!”</i>	56
9.3.1	<i>Relasjoner bygget på tillitt og nærhet</i>	59
10	Tidlig intervensjon for sped- og småbarn av psykisk syke foreldre.....	61
10.1	<i>”Graviditetens muligheter”</i>	61
10.1.1	<i>”Moderskapet” og ”det intuitive foreldreskapet”</i>	62
10.1.2	<i>”Indre arbeidsmodeller”</i>	64
10.2	Forebyggingsmuligheter etter fødsel	66
10.2.1	<i>Hjemmebesøk</i>	66
10.2.2	<i>Implementering i helsestasjonens forebyggende virksomhet</i>	68
10.2.3	<i>Samspillsveiledning</i>	69
10.3	Beskyttelsesfaktorer – en del av forebyggingen	71
10.3.1	<i>”Den triadiske mulighet”</i>	72

10.4	Tverrfaglig samarbeid	74
10.4.1	<i>Informasjonsflyt og åpenhet</i>	74
10.4.2	<i>Familiesentermodellen</i>	77
11	Oppsummering del III	79
12	Avsluttende refleksjoner	82

Litteraturliste

1 Innledning

Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har i mange år blitt omtalt som de ”usynlige barna” (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter og Cribb 2004, Skerfving 2005, Aamodt og Aamodt 2005). De har i liten grad blitt sett eller identifisert av kvalifiserte fagfolk i hjelpeapparatet, og mange har av den grunn ikke fått hjelp (Stallard et.al 2004). Fokuset har i stor grad vært rettet mot behandling av voksne med psykiske lidelser. Hvorvidt pasientene hadde omsorg for ett eller flere barn ble viet liten oppmerksomhet (Skerfving 1996, Berg-Nielsen, Vikan og Dahl 2002, Mordoch og Hall 2002, Leverton 2003, Grinde 2004, Stallard et.al. 2004). Barn av psykisk syke som i dag er voksne, forteller ofte hvordan psykisk sykdom ble sett på som et tabubelagt tema, og at få turte å snakke med dem om problemene (Skerfving 1996, Holm, Møller og Perl 2002, Mordoch og Hall 2002, Grinde 2004).

De siste ti årene har imidlertid fokuset på psykisk helse endret seg. Man er nå mer opptatt av barna som på grunn av foreldrenes psykiske sykdom ofte lider (Holm et.al 2002, Skerfving 2005). Fagfeltet har etter hvert fått øynene opp for forskning som kartlegger forekomsten av psykiske lidelser og andre relaterte vansker blant barn med psykisk syke foreldre, samt de langvarige konsekvensene det kan få (Beardslee, Versage og Gladstone 1998, Leverton 2003, Grinde 2004, Skerfving 2005). Ikke minst vet vi mer om hvilke betingelser som bør være tilstede i barnets oppvekst for at omsorgen som utøves skal kunne gi optimal utvikling og helse (Aamodt og Aamodt 2005, Hansen og Jacobsen 2007).

Fra 1998 til 2008 ble det satset betydelig på psykisk helse i Norge gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). Hensikten var å styrke både primær- og spesialhelsetjenestene slik at flere kan få mulighet til riktigere hjelp til rett tid. Sosial -og helsedirektoratet (2007) utarbeidet en veileder rettet mot psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP) ga ut en rapport med fokus på barn av psykisk syke foreldre. Året 2006 opprettet de i tillegg et eget kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse på nasjonalt nivå (<http://www.r-bup.no>). Målet har vært at flere sped- og småbarn og deres familier skal få hjelp så tidlig som mulig. Nettverket skal videre bidra til forskning, kunnskapsutvikling, kompetanseheving og styrking av tiltak som fremmer sped- og småbarns psykiske helse (ibid). På bakgrunn av denne satsningen på psykisk helse og barns oppvekstvilkår både i

Norge og internasjonalt, kan det nå se ut til at barn av psykisk syke foreldre er blitt mer synlige, og de er viet større oppmerksomhet (Skerfving 2005, Aamodt og Aamodt 2005).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet ”barn av psykisk syke foreldre” fanget først min interesse da jeg begynte som ekstravakt på en barnevernsinstitusjon for familier med sped- og småbarn. Før dette hadde jeg hørt og lest lite om disse barna. Like lite visste jeg at barn helt ned i spedbarnalder kan utvikle mestrings- og tilpasningsstrategier når omsorgen ikke er ”god nok”. Gjennom observasjoner av spedbarn i interaksjon med voksne har jeg observert at barn lukker øynene og snur seg vekk ved forsøk på å oppnå øyekontakt. Jeg har også sett hvordan barn på under to år i noen tilfeller kan trøste sin triste mor og således tilsidelegge egne behov. I slike tilfeller har jeg spurt meg selv ”hvordan har det seg at disse barna ikke er blitt fanget opp av hjelpeapparatet allerede rett etter fødsel?”. ”Hvilken rolle kan familiens helsestasjon ha spilt?”.

Endringer i helsetjenestene har ført til at psykisk syke som tidligere ble ansett som pasienter og som kronisk syke, i større grad får hjelp gjennom tiltak som gjør det mulig å bo hjemme (Vik 2001, Mordoch og Hall 2002, Skerfving 2005). I tillegg viser befolkningsundersøkelser både i Norge og internasjonalt at forekomsten av psykiske lidelser blant befolkningen de siste ti årene har økt (Mykletun og Knudsen 2009). Konsekvensene av dette er at flere barn lever med psykisk syke foreldre da flere har omsorgen for sine barn (ibid). Det antas at 200-300 000 barn har dette som en del av sin livssituasjon, og at mange ikke er kjent for hjelpeapparatet (Brustad og Ramin-Osmundsen 2007).

I regi av RBUP og Departementet ble det i 2005 utarbeidet en rapport som bygger på en landsdekkende spørreundersøkelse der eksisterende tiltak rettet mot barn av psykisk syke foreldre ble kartlagt (Aamodt og Aamodt 2005). Til tross for tilsynelatende mange enkeltstående tilbud som i det store og hele er ledet av ”ildfulle sjeler” og spesielt interesserte, ble det konkludert med at tiltakene kunne sies å virke tilfeldige, uforutsigbare og fragmentariske (ibid). Videre gir rapporten et bilde av situasjonen slik den fremstår i dag; at det foreligger et misforhold mellom kunnskap om dette temaet og de tilbud som faktisk eksisterer for barn av psykisk syke foreldre (ibid).

Til tross for Regjeringens mål om å bedre tilbudene til denne gruppen, kan det se ut som at satsningen som ble avsluttet i 2008 ikke har nådd frem slik man i utgangspunktet hadde håpet på (Brofoss og Larsen 2009). I tillegg kan det se ut som at fagfolk og innstanser som arbeider med de minste barna og som har tett kontakt med deres familier, i liten grad melder bekymring til Barnevernet når det gjelder barn i omsorgssviktsituasjoner (Møller 2009). Tall fra Barnevernsstatistikken viser blant annet at helsestasjonene og barnehagene står for henholdsvis seks og tre prosent av de bekymringsmeldingene som barnevernet mottar (SSB 2006). Dersom man ikke blir bekymret, eller dersom man er usikker på hva man skal gjøre i slike situasjoner, er det en fare for at barn som trenger å bli sett ikke får den hjelpen de har krav og rett på.

Studier og forskningsprosjekter over mange år bekrefter det vi i dag vet om konsekvensene av å vokse opp med psykisk syke foreldre (Aalbæk og Glistrup 1997, Beardslee et.al 1998, Leverton 2003). Disse barna er i en risikogruppe når det gjelder utvikling av senere vansker som depresjon, angst, lærevansker, atferdsvansker og emosjonelle forstyrrelser, samt vansker med å etablere nære relasjoner (ibid). Likevel eksisterer det overraskende få studier og forskning på familiebaserte intervensjoner og hvordan fagpersonell, på best mulig måte, kan identifisere disse barnas behov (Mordoch og Hall 2002, Hansen og Jacobsen 2007).

1.2 Valg av problemstilling

På grunn av Regjeringens Opptappingsplan og evalueringer som er gjort med henblikk på forebyggende tiltak rettet mot barn av psykisk syke foreldre, vil jeg rette fokus mot primærhelsetjenesten i Norge. I følge Sosial- og helsedirektoratet (2007) skal ”Veilederen i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene” bidra til å styrke tilbudet til blant annet barn og unge som er i risiko for å utvikle psykososiale problemer. Videre heter det at barn med psykisk syke foreldre skal sikres oppfølging og hjelp, samt at deres behov bør avdekkes så tidlig som mulig (ibid).

Som en del av primærhelsetjenesten har helsestasjonen et viktig ansvar med henblikk på forebyggende arbeid og tidlig avdekking av risikofaktorer. Videre er helsestasjonen et lavterskeltilbud for blant annet sped- og småbarnsfamilier og har en oppslutning på nærmere 100 prosent (Glavin og Kvarme 2003, Sosial- og helsedirektoratet 2004 og 2007).

Helsestasjonens direkte og personlige kontakt med gravide og sped- og småbarnsfamilier understreker ytterligere deres unike muligheter for tidlig intervensjon.

Oppgavens problemstilling er som følger;

Hvilke konsekvenser kan foreldres psykiske vansker få for sped- og småbarns utvikling, og hvordan kan helsestasjonen bidra til at disse barna får hjelp så tidlig som mulig?

Følgende delspørsmål er formulert;

- 1. På hvilken måte kan sped- og småbarns utvikling bli preget av foreldrenes psykiske vanske(r), og hvilke følger kan det få på langsikt?*
- 2. Hva kan bidra til at barn av psykisk syke foreldre tidligere blir identifisert ved helsestasjonen, og hvordan forebygge gjennom tidlig intervensjon?*

Hensikten med dette masterprosjektet er å undersøke nærmere på hvilken måte helsesøstre kan identifisere og forebygge for sped- og småbarn av psykisk syke foreldre så tidlig som mulig ved helsestasjonene. Denne diskusjonen må nødvendigvis ses i lys av deres arbeidsrammer og mandat.

1.3 Sentrale begreper og avgrensninger

Slik problemstillingen ovenfor er formulert er fokuset i denne oppgaven sped- og småbarn i aldersgruppen null til to år og deres utvikling i samspill med omsorgsmiljøet. Således er dette ingen avhandling om behandling av psykisk syke, men hvordan man kan hjelpe barna og deres omsorgsgivere i rollen som foreldre. Hovedvekten hviler på de minste barnas behov og vansker. Sped- og småbarn er en gruppe som tidligere har fått lite oppmerksomhet, men som det nå fokuseres på i større grad (jfr RBUP). Grunnet nye forskningsmetoder har sped- og småbarnsfeltet endret seg på viktige områder når det gjelder barnas utvikling og utviklingspotensialer (Rye 2002, Skerfving 2005, Hansen og Jacobsen 2007, Killèn 2008). Denne kunnskapen innebærer et skifte fra fokus på behandlingsprogrammer til forebyggende arbeid. Når det her er snakk om forebygging rettet mot sped- og småbarn, vil ”tidlig intervensjon” som begrep anvendes.

Når det gjelder forskning på barn av psykisk syke foreldre er det i større grad eldre barn, ungdom og voksne som omtales (Aalbæk og Glistrup 1997, Beardslee et.al 1998). Dette

påvirker således de tilbudene og de forebyggende tiltakene som er utviklet og som det redegjøres for i litteraturen. I oppgaven vil fokuset, på bakgrunn av nyere sped- og småbarnsforskningen, hvile på tiltak og programmer som har vært rettet mot forebygging av samspills- og tilknytningsvansker.

I oppgaven vil barna omtales som ”barn av psykisk syke foreldre” og de primære omsorgspersonene som ”psykisk syke foreldrene”. Selv om de i oppgaven går under én gruppe innebærer ikke dette at de er en homogen gruppe. ”Barn av psykisk syke foreldre” er en benevnelse som stort sett anvendes både i litteraturen og den aktuelle forskningen og vil derfor ikke problematiseres noe videre. I oppgaven fokuseres det på at disse barna er i en risikogruppe. Dette innebærer at man som forbehold må ha i minne at ikke alle barn av psykisk syke foreldre vil utvikle vansker. Det barna imidlertid kan tenkes å ha til felles er at omsorgsgivernes rolle som foreldre i en eller annen grad vil bli påvirket av deres vanske eller lidelse. Hvem de psykisk syke foreldrene representerer i denne oppgaven vil det bli redegjort for i andre del av oppgaven. Svangerskapsdepresjon vil ikke omtales og drøftes her da denne tilstanden anses som en egen problematikk.

Til slutt vil begrepene omsorgsgiver, omsorgsperson og foreldre benyttes synonymt i oppgaven. De fleste studier har kun fokus på mors omsorgsevne og psykiske syke mødre. Redegjørelsen vil preges av dette, samtidig som jeg anser dette som en mangel ved den foreliggende forskningen på barn av psykisk syke foreldre. Dette er et tema som vil bli behandlet senere i oppgaven.

1.4 Gangen i oppgaven

Oppgaven som helhet er delt inn i tre deler som hver avsluttes med et oppsummerende kapittel. Del I må anses som oppgavens teoridel. Her redegjøres det for sped- og småbarnsutvikling på bakgrunn av nyere teorier og forskning, samt begrepene tidlig intervensjon og forebyggende arbeid. I del II vil det innledende kapittelet behandle hvem de psykisk syke foreldrene er, samt hvordan ulike diagnoser kan påvirke omsorgsgiveres fungering og tanker. Deretter følger en diskusjon om hvilke risikofaktorer som kan tenkes å få betydning for foreldrefungeringen og barnets omsorgsmiljø. Risikoforhold knyttet til foreldre-barn relasjonen vil bli vektlagt i kapittelet om hvilke konsekvenser psykisk sykdom kan få for

sped- og småbarna både på kort- og langsikt. Avslutningsvis rettes fokuset mot barn som klarer seg bra gjennom en redegjørelse av resiliens og beskyttelsesfaktorer.

Del III utgjør de siste kapitlene i oppgaven og vil, sammenlignet med de øvrige delene, ha en mer praktisk vinkling der drøftingen er viet en betydelig større plass. Temaer som tidligere er gjort rede for, implementeres i drøftingen som handler om helsestasjonens rolle og muligheter i møte med barn av psykisk syke og deres foreldre. Denne delen består av to kapitler der tidlig identifisering, samt tidlig intervensjon og forebygging blir drøftet. Temaene er utkrystallisert på grunnlag av egen tolkning av det foreliggende forsknings- og kunnskapsmaterialet fra del I og II. Dette er temaer som må anses som en måte, blant flere, å tolke helsestasjonens muligheter på. Oppgavens avslutning vil i stor grad bestå av egne refleksjoner som kan sies å ha preget skriveprosessen og oppgavens utvikling.

DEL I: TEORETISK FORANKRING

2 Sped- og småbarns utvikling

De siste 30 årene har synet på sped- og småbarns utvikling endret seg grunnet nye forskningsmetoder, både innenfor hjerneforskning og systematisk observasjon av de minste barna (Smith 1996 og 2002, Smith og Ulvund 1999, Killèn 2000 og 2008, Rye 2002). Dette har ført til økt innsikt om betydningen av barns tidlige erfaringer med sine omsorgspersoner. Et viktig spørsmål er hvorvidt disse erfaringene spiller en vedvarende rolle for utviklingen. Gjennom observasjoner av samspill og tilknytning viser det seg at man tidlig kan identifisere barns tegn på utviklingsvansker. Dette gjelder også for barn av psykisk syke foreldre (Seifer og Dickstein 2000).

2.1 Det tidlige samspillet

Barns tidlige erfaringer med sine omsorgsgivere, har vist seg å ha større betydning for deres senere utvikling enn hva vi tidligere har antatt (Rye 2002, Killèn 2000 og 2008, Karevold, Røysamb, Ystrøm og Mathiesen 2009). Observasjoner av barn og voksne ved hjelp av videoteknologi tyder blant annet på at barn har en medfødt evne til å inngå i sosiale interaksjoner (Stern 2003). Når spedbarn er i en rolig tilstand og alle fysiologiske behov er tilfredsstilt, vil man kunne se hvordan de aktivt søker blikkontakt med andre. Denne kompetansen har betydning for hvordan sped- og småbarn gjennom regulering av sine omgivelser sammen med omsorgsgiverne bidrar til egen utvikling (Smith og Ulvund 1999, Stern 2003).

For å utnytte sine evner og potensialer er barn avhengige av sensitive omsorgspersoner, som støtter deres utvikling, samt ser deres behov (Winnicott 1969 og 2000). Sensitive foreldre reagerer raskt på barns signaler og møter barnet der det er i sin utvikling. I følge Killèn (2000 og 2008) er dette egenskaper som inngår i omsorgspersoners foreldrefunksjon og som har betydning for om omsorgen er ”god nok” eller ikke. Sped- og småbarns tilstandsregulering er avhengige av tilrettelegging fra sensitive omsorgspersoner (Barton og Robins 2000, Broberg 2005).

Tilstandsreguleringen handler om barnets ro og uro, samt søvn og våkenhet, og den legger grunnlaget for den senere atferds- og emosjonsreguleringen. (Smith og Ulvund 1999, Barton og Robins 2000). Omsorgspersoner som er lite sensitive og som er lite emosjonelt

tilgjengelige vil kunne forstyrre barnets tilstander (Barton og Robins 2000). Barn som er trøtte, har behov for ro slik at de lettere kan falle i søvn. Dersom omsorgsgiver ikke tilrettelegger for dette og heller forsøker å oppnå kontakt med barnet gjennom stimulering, kan dette føre til at barnet bli urolig og får vanskeligheter med å sovne. Dette eksempelet kan illustrere hvordan barnets tilstander får innvirkning på samspillet og hvordan omsorgsmiljøet påvirker barnets reguleringer. Gjentatte forstyrrelser kan i verste fall føre til at barnet utvikler reguleringsvansker (Smith og Ulvund 1999, Barton og Robins 2000). Et barn vil da kunne oppfattes som vanskeligere å lese og forstå, og det kan bli mer sensitiv for ytre stimuli sammenlignet med andre barn (ibid).

Barnets tilpasning og samspill med sine omsorgsgivere har betydning for tilknytningen som utvikles mellom barnet og omsorgsgiver allerede før fylte ett år (Smith og Ulvund 1999, Rye 2002, Smith 2002). Kvaliteten på denne tilknytningen påvirker barnets etablering av senere relasjoner, samt hvordan barnet ser på og vurderer seg selv i forhold til andre (Smith og Ulvund 1999, Hansen og Jacobsen 2007, Killèn 2000 og 2008).

2.2 Den viktige tilknytningen

Tilknytning som begrep vokste frem på 1940- tallet med Bowlbys pionerarbeid på barnets unike relasjon til sine omsorgsgivere (Smith og Ulvund 1999, Rye 2002, Smith 2002, Hart og Schwartz 2008). Spedbarnet er fra første dag avhengig av en voksen som kan gi mat, kjærlighet og beskyttelse. Bowlby (1969) hevder at vi har et genetisk programmert adferdssystem som har som funksjon å opprettholde dette avhengighetsforholdet til omsorgsgiver. På den måten er spedbarnet beskyttet fra eventuelle trusler i miljøet. Ved hjelp av signaler som gråt, øyekontakt og smil sikrer barnet seg nærhet gjennom omsorgsgivers respons på barnets signaler (Bowlby 1969). Dette atferdssystemet bidrar til barnets opplevelse av trygghet, samt regulerer interaksjonen med omsorgsgiver (Bowlby 1969, Smith og Ulvund 1999, Rye 2002).

Ainsworth har videreutviklet Bowlbys tilknytningsteori og slik bidratt til at man i dag kan snakke om barns ulike tilknytningsstiler og kvaliteten på den (Ainsworth, Blehar, Waters og Wall 1978, Smith og Ulvund 1999, Smith 2002). I følge Ainsworth (1978) knytter alle barn seg til sine omsorgsgivere uavhengig av kvaliteten på omsorgen. Dette innebærer at barn som erfarer en sensitiv og emosjonelt tilstedeværende omsorgsgiver har større sjanse for å utvikle

trygg tilknytning. Kvaliteten på samspillet har derfor betydning for kvaliteten på tilknytningen barnet etablerer til sine omsorgsgivere (Rye 2002). Dersom barnet opplever en omsorgsgiver som ikke ser dets behov og som ikke tilpasser seg dets signaler, kan barnet utvikle en utrygg tilknytning. Tilknytningen mellom barnet og omsorgsgiver er et resultat av gjensidige erfaringer over tid og er avgjørende for barnets psykososiale utvikling (ibid). Fra fire måneders alder er det mulig å observere barnets klare preferanse mot sine omsorgsgivere ved for eksempel gjensyn etter adskillelse (Smith og Ulvund 1999, Broberg 2005, Zeanah og Smyke 2008). Barnet er på dette stadiet i større grad selektiv i forhold til miljøet og menneskene rundt seg, og ved ni måneders alder kan barnet reagere kraftig i forhold til fremmede (Broberg 2005).

Bowlby (1969) hevder at barn utvikler ”indre arbeidsmodeller” på bakgrunn av erfaringer med sine omsorgsgivere. Det er disse som avgjør den videre tilknytningen som etableres mellom barn og foreldre. Barn har mentale representasjoner av seg selv og deres foreldre som danner grunnlaget for senere relasjonsdannelser. De utvikler forventninger til miljøet som etter gjentatte erfaringer generaliseres og får betydning for den videre utviklingen. Flere studier kan tyde på at dette er representasjoner barnet tar med seg som voksne og som får betydning for deres tilknytning til egne barn (Zeanah, Larrieu, Heller og Valliere 2000). På den måten kan man tenke at barns tilknytningskvalitet, på grunn av deres indre arbeidsmodeller, vil kunne gå i generasjoner.

2.3 Kognitiv- og nevrobiologisk utvikling

Hjernens utvikling har, på lik linje som barns utvikling av tilknytning til sine omsorgspersoner, vist seg i stor grad å være avhengig av barns tidlige erfaringer og barnets miljø (Nelson og Bosquet 2000, Nelson og Jeste 2008). Tidligere antok man at hjernens utvikling kun var avhengig av biologiske og genetiske faktorer, og at den før fødsel var ferdig utviklet. Nye forskningsmetoder samt omfattende studier av sped- og småbarns utvikling kan tyde på at hjernen er avhengig av stimulering fra miljøet for å kunne utvikle sitt potensial (Nelson og Bosquet 2000, Glaser 2000, Rye 2002). Mens hjernens struktur og oppbygning i stor grad er ferdig utviklet under fosterperioden, er mange av hjernens funksjoner fortsatt under utvikling etter at barnet er født (Nelson og Bosquet 2000). Dette innebærer at enkelte hjernefunksjoner kan endres både så sent som i ungdomstiden og i voksenalder. På den ene

siden innebærer dette at hjernens funksjon i større grad er tilpasset det miljøet vi vokser opp i (Glaser 2000, Nelson og Bosquet 2000). På den andre siden betyr denne kunnskapen at barn som vokser opp i uheldige oppvekstmiljøer og som ikke får tilfredsstillende stimulering, risikerer å få skader på nervesystemet. Dette har betydning for hjernens videre utvikling og ikke minst for barnets risiko for å utvikle psykiske vansker senere (ibid).

I eksperimenter med dyr har forskere for eksempel klart med moderne hjerneforskning å dokumentere at rotte- og katteunger som vokser opp i isolasjon, har en svakere utvikling av hjernevev enn andre dyreunger (Rye 2002). Når de derimot tilbakeføres i berikende erfaringsmiljøer, vil de forstyrrede funksjonene raskere helbredes enn om de forblir isolert. Dette fordi berikende miljøer påvirker dannelsen av nye nerveforbindelser (ibid). For barnet er faktorer som sensitiv omsorg, trygg tilknytning og mulighet for sosial interaksjon og læring grunnleggende for å fremme normal utvikling av sentralnervesystemet. Synapsedannelsene som opptrer i hjernen er avhengig av stimulering for ikke å forsvinne (Nelson og Jeste 2008). Når det gjelder hjernens utvikling kan det se ut som at det eksisterer kritiske perioder. Dette innebærer at barnets tidlige utviklingsmuligheter er avgjørende for den senere utviklingen (ibid). Det er samspillet mellom barns omsorgsmiljø og deres læringsmuligheter som har betydning for barnets mentale utvikling (Rye 2002).

Betydningen av det tidlige samspillet samt hvordan barns utvikling er et resultat av deres sosiale natur, sammen med omsorgsmiljøets bidrag, får konsekvenser for hva vi legger i begrepene tidlig intervensjon og forebygging. Dette er fokuset i neste kapittel, der jeg redegjør nærmere for dette.

3 Tidlig intervensjon og forebygging

I Veilederen for Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007) heter det blant annet at tilbudet til barn og unge som er *i risiko* for å utvikle psykososiale problemer skal styrkes. Videre står det innledningsvis at barn av psykisk syke foreldre skal sikres oppfølging og *riktig* hjelp til *rett tid* (ibid). Hvilken hjelp er det her snakk om og hva kan man legge i at hjelpen skal gis til rett tid? Begrepene tidlig intervensjon og forebygging bør her redegjøres for nærmere. Disse er sentrale begreper i diskusjonen rundt helsestasjonens rolle og muligheter i forhold til barn av psykisk syke foreldre.

3.1 Definisjoner

Tidlig intervensjon handler om ”å gjøre noe”, altså intervenere på et så tidlig tidspunkt som mulig (Sosial og helsedirektoratet 2007). Formålet er å forebygge gjennom å gi tidlig hjelp til de som trenger det og som befinner seg i en risikogruppe. Tidlig intervensjon kan også omtales som tidlig innsats og kan i følge Kvello (2008a) brukes i to ulike sammenhenger; for det første handler det om å gi hjelp til barn i en *tidlig fase av livet*, og for det andre å gi hjelp i en *tidlig fase av en vanske*. Tidlig intervensjon innebærer å iverksette tiltak på et tidspunkt der omfattende problemer enda ikke har fått utvikle seg, men som kan komme til syne senere. Tidlig intervensjon vil således kunne minske behovet for behandlingstiltak dersom riktige tiltak iverksettes tidlig (ibid). I denne oppgaven knyttes tidlig intervensjon til forebygging i sped- og småbarnsalder.

Å *forebygge* kan defineres som redusering av sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Slikt arbeid innebærer å bryte utviklingsstier som er knyttet til risikofaktorer og til senere vansker (Vitaro og Tremblay 2008). Forbyggende arbeid bygger på kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Slike faktorer muliggjør tidlig identifisering av barn i risikogrupper (Beckwith 2000, Sameroff og Fiese 2000, Beardslee og Gladstone 2001, Vitaro og Tremblay 2008). Å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt vil kunne forebygge eventuelle vansker gjennom å eliminere risikofaktorene eller tilføre enten kompenserende- eller beskyttende faktorer. Målet med dette er å forhindre en negativ utvikling (Vitaro og Tremblay 2008).

Videre kan forebyggende arbeid deles inn i tre nivåer, avhengig av målgruppen; universal-, selektiv- og indikert forebygging (Kvelling 2008a). Disse er i dag hyppig anvendte begreper som henviser til henholdsvis primær, sekundær og tertiær forebygging (Killen 2000 og 2008, Vitaro og Tremblay 2008). *Universal forebygging* handler om å hindre problemer generelt i befolkningen gjennom helsefremmende tiltak. Et eksempel kan være helsestasjonenes arbeid som er rettet mot alle gravide og spedbarnsfamilier uavhengig av risikofaktorer. *Selektiv forebygging* innebærer å identifisere risikofaktorer for å kunne hindre videreutvikling av identifiserte problemer. En slik forebygging retter seg mot grupper med spesielle behov, for eksempel barn av psykisk syke foreldre. Til slutt handler *indikert forebygging* om å redusere og motvirke konsekvenser av problemer som allerede er oppstått. En slik forebygging kan tenkes å være nødvendig dersom man ikke har lyktes med verken universal- eller selektiv forebygging. Både selektiv og indikert forebygging er begge rettet mot spesifikke mål- og risiko grupper der alvorlighetsgraden imidlertid varierer (Vitaro og Tremblay 2008).

Forebyggende arbeid og tidlig intervensjon er begreper som henger nært sammen, og skillet kan være noe flytende. Tidlig intervensjon kan innebære tiltak både innenfor for selektiv- og universal forebygging. For å kunne forebygge for eksempel uheldige samspillsmønstre mellom foreldre og barn er det nødvendig med tidlig intervensjon. Man forhindrer at identifiserte problemer videreutvikles gjennom å sette inn tidlige tiltak.

3.2 Tidlig intervensjon til sped- og småbarn

Synet på spedbarnet som en kompetent og aktiv deltaker i samspill med sine omsorgsgivere har ført til at man i dag ser på barns utvikling som et resultat av en *transaksjonell prosess* (Smith og Ulvund 1999, Sameroff og Fiese 2000). Barnets medfødte disposisjoner, både biologiske og genetiske, inngår i en kontinuerlig interaksjon med miljøet barnet vokser opp i. Dette innebærer at barnet og miljøet påvirker hverandre gjensidig over tid. Barns utvikling kan med andre ord ikke forstås uavhengig av deres omsorgsmiljø (Sameroff og Fiese 2000, Hansen og Jacobsen 2007). Kvaliteten ved omsorgsmiljøet har således betydning for barnets utvikling. Konsekvensen er at vi ser betydningen av å tidlig iverksette tiltak dersom barnets utvikling av en eller annen årsak er utsatt.

Ettersom barnet regulerer sine omgivelser må omsorgspersonene tilpasse seg det enkelte barnet for å gi en optimal stimulering (Killen 2008). Den voksne må lese barnets signaler og

tilpasse seg barnets behov. Dette gjelder spesielt i samspill med barnet da positive samspillserfaringer legger grunnlag for trygg tilknytning. Dette innebærer at det kan tilrettelegges tidlig for barnets utvikling av en trygg tilknytning. En trygg tilknytning kan anses som barnets ”vaksinasjonsfaktor” som gjør barnet motstandsdyktig i forhold til eventuelle utfordringer.

Sped- og småbarnstiden er en sensitiv periode da den legger mye av grunnlaget for den videre utviklingen. Forebyggende tiltak bør derfor iverksettes så tidlig som mulig (Mathiesen 2009). I sped- og småbarnsalder har omsorgsmiljøet vist seg, i større grad enn biologiske og genetiske faktorer, å ha betydning for barnets utvikling. Denne kunnskapen legger et viktig grunnlag for fagfolk som arbeider med barn og deres familier, og da spesielt de som jobber med de aller minste (Broberg 2005, Mathiesen 2009). Tidlig hjelp er god hjelp (Kärki 2006). Ved å satse på tidlig intervensjon kan man redusere og motvirke skjevutvikling før det kanskje er for sent. Dette innebærer at man bør sette inn forebyggende tiltak til alle risikoutsatte sped- og småbarn. Dette er barn som i utgangspunktet er friske, men som grunnet oppvekstvilkår og eventuelle sårbarheter kan tenkes å ha særskilte behov (ibid). Dess tidlige riktige tiltak iverksetter, desto mindre er risikoen for at barna utvikler vansker (Bjørneboe 2006, Killèn 2006). Det er for eksempel flere risikofaktorer knyttet til det å ha psykisk syke foreldre (Beardslee et.al 1998). Blant annet er relasjonen mellom barnet og den primære omsorgsgiver i risiko på bakgrunn av utfordringer knyttet til samspill. Ved å iverksette tiltak som *tidlig* kan redusere denne risikoen, vil barn av psykisk syke foreldre ha en bedret prognose hva gjelder for eksempel utvikling av tilknytning.

De siste årene er det utviklet flere metoder og forbyggingsprogrammer som vektlegger foreldres foreldrefunksjoner og utviklingsfremmende samspill (Zeanah et.al 2000). Intervensjon og forebygging må inkludere både barnet, omsorgsgiver og den *relasjonen* som eksisterer mellom dem. Risikofaktorer får betydning for barnet i det de påvirker relasjonen til barnet og omsorgsgiver (ibid). Mange av de forskningsbaserte intervensjonsmetodene som er rettet mot sped- og småbarn i risikofamilier, er spesielt rettet mot tidlig hjelp til bedre samspill og tryggere tilknytning, samt veiledning knyttet til omsorgspersonens foreldrefunksjoner (Murray, Cooper, Wilson og Romaniuk 2003, Scott 2008). Studier av intervensjonenes langtidseffekter er imidlertid begrenset. Dette er en svakhet ved mange av metodene og programmene. Nasjonalt kunnskapssenter i regi av RBUP Øst og Sør (i Hansen & Jacobsen 2007) har kartlagt internasjonale effektstudier av intervensjoner rettet mot risikofamilier. På

grunnlag av systematiske oversikter og rapporter over randomiserte- og kontrollerte studier, konkluderte de med at det finnes få systematiske oversikter som kunne vise til effekt av tidlig intervensjon rettet blant annet mot barn av psykisk syke foreldre. Kunnskapssenteret hevder at man ikke kan si noe sikkert om slike tiltak fordi det finnes forholdsvis lite forskning på dette området (ibid).

Flere faktorer gjør intervensjonsprogrammer rettet mot sped- og småbarn vanskelige å vurdere, samt måle langtidseffekt av. De vil også være vanskelige å sammenligne. Dette innebærer i mange tilfeller at man ikke kan være sikre på hva det er med programmet som faktisk fører til positiv endring (Beckwith 2000, Hansen & Jacobsen 2007). Faktorer som størrelse på utvalg, årsak til deltakelse, rekrutteringsmetode, risikofaktorer og risikogruppe har betydning for de endelige resultatene. Hva som faktisk måles vil også variere. Van IJzendoorn (van IJzendoorn, Juffer og Duyvesteyn 1995) hevder blant annet at intervensjonsprogrammer for høy- risikogrupper viser større effekt enn for lav- risikogrupper. I studier der den ønskede endringen er konkret, som økt sensitivitet, og ikke en generell bedret foreldrefungering, viser intervensjonen bedre resultater over tid (Beckwith 2000, Halpern 2000, Scott 2008). Programmer som i større grad er tilpasset familiens individuelle behov og vansker, har stort sett bedre effekt enn universale forebyggende programmer som inkluderer større grupper (ibid).

Flere foreldreprogrammer har de siste ti årene basert seg direkte på konsepter fra tilknytningsteori (Scott 2008). Gjennom å arbeide med foreldres sensitive omsorgsutøvelse der de har fokus på barnets signaler og behov hevdes det at kvaliteten på tilknytningen bedres. (Killèn 2000 og 2008). Mange av disse programmene bygger på tanken om ”empowerment” i den forstand at foreldrene selv skal se hva de gjør bra, og hva de eventuelt kan jobbe mer med. Omsorgsgiver filmes i interaksjon med sitt barn og får deretter tilbakemelding. Tanken bak denne metoden er å styrke omsorgsgivers selvtillit slik at man, ved neste veiledningstime, kan snakke om det som kan endres og forbedres. Gjennom samtaler med omsorgsgiver kan terapeuten få tak i hva som eventuelt er vanskelig og hvorfor (Scott 2008).

Veiledningsprogrammer som har relasjonen i fokus benyttes både som selektivt forebyggende tiltak og behandlingsmetoder. De kan vise til positive effekter både hva gjelder foreldres sensitivitet og barns utvikling (Stern 2000, Rye 2002, Killèn 2008).

Tidlig intervensjon, benyttet på ”riktige” grupper, samt der det er investert nok tid, vil i følge Rye (2002), øke risikobarns muligheter for en bedre oppvekst. Gjennom å styrke

omsorgsgivers kompetanse og holdning til sitt barn kan man tenke at dette vil kunne forebygge uheldige samspill og skjevutvikling. Kunnskap om tidlig intervensjon og forebygging, sammen med kunnskap vi har om barns premisser for god utvikling, vil således begrunne hvorfor det er viktig å identifisere risikofamilier så tidlig som mulig, samt igangsette forebyggende tiltak (Vitaro og Tremblay 2008).

3.3 Helsestasjonen – et universalt forebyggende tiltak i Norge

Helsestasjonsordningen i Norge har siden 1984 vært en lovbestemt tjeneste i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Sammen med skolehelsetjenesten er den en del av førstelinjetjenesten og utgjør et såkalt lavterskeltilbud for barn og unge og deres familier. Tjenesten er lett tilgjengelig, ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at tiltak tilbys uten venting og lang saksbehandling. Tjenesten er frivillig. I Norge har helsestasjonen nær 100 prosent oppslutning, og gir helsesøster derfor en unik mulighet til å intervenere tidlig, samt arbeide forebyggende (ibid).

Helsestasjonens hensikt er å bidra til å fremme psykisk og fysisk helse, forebygge sykdom og skade, samt fremme gode miljømessige forhold (Helse- og sosialdirektoratet 2007). Dette innebærer at helsestasjonen har et ansvar hva gjelder alt fra vurderinger av barns oppvekstvilkår til vurderinger av mer medisinske – og helsemessige forhold (Glavin og Kvarme 2003). Helsestasjonen omfatter således et bredt arbeidsområde. Selv om helsestasjonens ansvar i stor grad hviler på det universalt forebyggende tilbudet, vil deres rolle i forhold til barn og foreldre med spesielle behov utgjøre en viktig del av deres arbeid. Dette går under selektivt forebyggende tiltak.

Helsestasjonens oppgaver vil justeres etter samfunnsutvikling og befolkningens generelle behov (Glavin, Helseth og Kvarme 2007). Det forebyggende arbeidet knyttet til psykisk helse har de siste årene blitt viet en større plass ved førstelinjetjenesten. Å avdekke risikofaktorer på et tidlig tidspunkt, samt bidra til tidlig intervensjon er viktige ansvarsområder i det forebyggende arbeidet rettet mot risikogrupper. Dette innebærer at helsepersonell ved helsestasjonen må ha kunnskap som gir kompetanse til å vurdere intervensjon etter bekymringens alvorlighetsgrad, samt i forhold til helsestasjonens mandat og rolle (ibid). Helsesøstre som er ansatt ved helsestasjonen er en autorisert sykepleier med godkjent

helsesøsterutdanning. Dette innebærer at de har fordypning i helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og deres familier (Glavin og Kvarme 2003).

Helsestasjonstjenesten, på lik linje som skolehelsetjenesten, har et myndighetskrav som er regulert under lover og forskrifter (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Dette innebærer blant annet at alle ansatte i offentlige instanser innenfor kommunen er regulert under Helsepersonelloven kapittel 5 og 6. Helsepersonelloven regulerer hvem som er helsepersonell, og hvilke krav det stilles til faglig forsvarlighet og taushetsplikt (ibid).

4 Oppsummering - Del I

I del I er det blitt redegjort for sentrale begreper og teorier som legger grunnlaget for den videre diskusjonen i oppgaven. Det første kapittelet omhandler sped- og småbarnsutvikling og den betydning tidlige erfaringer har for barnets tilknytning, samt hjernens nevrobiologiske utvikling. Begrepene tidlig intervensjon og forebygging blir nærmere forklart, samt knyttet opp mot kunnskap om sped- og småbarnsutvikling. Avslutningsvis har jeg kort redegjort for helsestasjonstilbudet i Norge og hvilken hensikt den har i det universal forebyggende arbeidet.

Spedbarnet natur er å være sosialt aktiv helt fra fødselen av. Barnet regulerer sine omgivelser og deltar aktivt i relasjonsutviklingen med sine omsorgsgivere. Således kreves det at foreldrene ser og tolker barnets signaler og behov og tilpasser omsorgen etter barnets individuelle egenskaper og bidrag. Barnets utvikling er et resultat av en gjensidig påvirkning mellom barnet selv og faktorer ved omsorgsmiljøet. Sagt på en annen måte utvikler barnet seg gjennom en transaksjonell prosess som med tiden endrer seg kontinuerlig. Med teoretikere som blant annet Bowlby, Winnicott og Stern er det interaksjonsorienterte perspektivet blitt erstattet i større grad av et fokus på foreldre-barn *relasjonens* betydning for barnets utvikling. Samspillet mellom barnet og omsorgsgiver, samt kvaliteten på den, får betydning for barnets tilknytning til sine foreldre. Videre innebærer kunnskap om samspill og tilknytning at barns tidlige erfaringer har større betydning for deres utvikling enn tidligere antatt. Senere studier av hjernen viser at barns tidlige erfaringer er avgjørende for barnets nevrobiologiske utvikling. Konsekvensene av kunnskap om barns utvikling i et transaksjonell prosess er at tidlig intervensjon i dag innebærer at man må forebygge for barn i risikosoner så tidlig som mulig. Sped- og småbarn har ikke tid til å vente og handler således om å gi hjelp i en tidlig fase av barnets liv. Å identifisere barn i risiko på et tidlig stadium er derfor hovedingrediensen i et vellykket forebyggende arbeid. Etter som spedbarnet er avhengig av stimulering og sensitive omsorgspersoner for å utnytte sine potensialer, kan verken barnet eller miljøet hjelpes isolert.

Flere programmer og intervensjonstiltak er de senere årene utviklet på bakgrunn av kunnskap om samspill og betydningen av utviklingsfremmende omsorgsmiljøer. Disse tar sikte på å styrke samspillet og relasjonen, samt øke foreldres innsikt i betydningen av et sensitivt og stimulerende omsorgsmiljø. Selv om det foreligger få langtidsstudier på effekt av slike tiltak,

er det en bred enighet om at tidlig intervensjon rettet mot risikogrupper bør prioriteres i det forebyggende arbeidet. I Norge er mye av sped- og småbarnsintervensjon samlet under helsestasjonen i kommunene. Dette er et universalt tilbud som har fokus på helsefremmende- og forebyggende tiltak til blant annet alle sped- og småbarnsfamilier i Norge. Med Opptrappingsplanen for psykisk helse har helsestasjonen fått en viktigere rolle i det selektivt forebyggende arbeidet. Målet er å identifisere og hjelpe sped- og småbarn i risiko så tidlig som mulig. Hensikten er å minske behovet for indikert forbygging og behandling av allerede utviklede vansker.

DEL II: SPED- OG SMÅBARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE

5 Hvem er de psykisk syke foreldrene?

Psykiske lidelser, sammen med hjerte- karlidelser og kreft, utgjør i dag den største folkesykdommen i den vestlige verden (Weisæth 2000, Mykletun og Knudsen 2009). Både internasjonale- og norske studier viser at rundt femti prosent av befolkningen får en psykisk lidelse minst én gang i livet (Folkehelseinstituttet [FHI] 2003a). Kvinner er overrepresentert (Børve og Dalgard 2000). Da det er rimelig å anta at de færreste blir diagnostisert og behandlet, vil det være store mørketall (ibid). I Norge regner man med at det er 800 000 av befolkningen som har psykiske plager (Wæiseth 2000).

5.1 Psykisk sykdom - definisjoner

Hva ligger i begrepet ”psykisk sykdom” og hva innebærer det å være psykisk syk? Psykisk sykdom, eller psykisk lidelse, er et overordnet begrep og omfatter flere diagnoser og symptomer (FHI 2003a). Når man kan stille en diagnose ut i fra kriteriene i diagnosemanualen ICD-10, anses symptombelastningen som så stor at man kan definere det som en psykisk lidelse (FHI 2003a, Weisæth 2000). Alvorlig depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser er eksempler på dette og innebærer alt fra mildere plager til mer alvorlige tilstander (Mykletun og Knudsen 2009) Fordi intensitet, prognose og sykdommens uttrykk varierer på tvers av diagnoser, er det problematisk å si noe generelt om det å ha en psykisk lidelse (Weisæth 2000). Avhengig av en rekke forhold vil individer diagnostisert med samme lidelse oppleve dette forskjellig (ibid). Felles for alle psykiske lidelser er at de i en eller annen *grad* påvirker tanker, følelser, atferd og væremåte, samt omgang med andre (Mykletun og Knudsen 2009).

Man kan også oppleve å ha flere symptomer på psykiske lidelser uten at de direkte er knyttet til en diagnose (FHI 2003a). I slike tilfeller kan vi snakke om psykiske plager. Dette er lettere vansker som ikke kan karakteriseres som en diagnose, men hvor symptomene likevel kan oppleves like belastende (ibid). Det er glidende overganger mellom psykiske lidelser og psykiske plager, og enkelte ganger kan psykiske plager medføre større funksjonsnedsettelse enn en psykisk lidelse (Weisæth 2000).

5.2 Foreldre med psykiske lidelser

I følge Brustad og Ramin-Osmundsen (2007) antas det at 200- 300 000 barn har psykisk sykdom i familien som en del av sin livssituasjon. Oats (i Leverton 2003) hevder blant annet at det i England er så mange som rundt 60 prosent foreldre med en psykisk sykdom. Andre studier viser til en forekomst på alt fra 15 til 30 prosent (Stallard et.al 2004). I en studie av Beardslee (1998) viste det seg at 49 av 81 familier i en ikke- klinisk populasjon bestod av en eller to foreldre med enten non- affektiv eller affektiv psykiatrisk lidelse. I femten av disse tilfellene var begge foreldrene psykisk syke (ibid).

Når det gjelder forskning som er knyttet til barn av psykisk syke foreldre, er det i hovedsak mødre med depresjon, samt andre affektive lidelser, og schizofreni som omtales (Skerfving 1996, Mordoch og Hall 2002, Seifer og Dickstein 2000, Aamodt og Aamodt 2005). Disse diagnosene vil bli beskrevet i egne avsnitt før det redegjøres for risikofaktorer som kan knyttes til det å ha psykisk syke foreldre i et eget kapittel.

5.2.1 Affektive lidelser

Depresjon er en av de mest utbredte lidelsene verden over, og lettere og moderate depresjoner er blitt mer vanlig de siste 20 årene (FHI 2003b, Weisæth 2000). Kvinner er overrepresentert (Børve og Dalgard 2000, Skerfving 1996 og 2005). Depresjon er en affektiv lidelse som har å gjøre med endringer i stemningsnivå. Opplevelse av nedstemthet, lite interesse for aktiviteter, opplevd tap av energi og liten tro på seg selv er vanlige symptomer ved denne lidelsen (Børve og Dalgard 2000, Skervfing 2005). Videre er depresjoner i mange tilfeller sekundære til somatiske plager eller andre psykiske lidelser (Børve og Dalgard 2000). Ulik toleranse for psykisk ubehag, opplevd funksjonssvikt og ulike beskrivelser av symptomer gjør at denne lidelsen er vanskelig å definere (ibid). Sykdommens prognose og alvorlighetsgrad varierer også fra individ og individ (Heyerdahl 2000). Disse faktorene gjør at konsekvensene av å ha en omsorgsperson med en slik lidelse vil variere. Flere studier hevder at omsorgspersonens foreldrefungering kan bli svekket dersom man har en affektiv lidelse (ibid). Studier av deprimerte mødre i samspill med sine spedbarn har samlet vist, i følge Field og Cohn (i Cohn, Campbell, Matias og Hopkins 1990) at de er flate i sin affekt mot barnet. Videre preges deres samspill av irritabilitet og sosial tilbaketrukkethet.

Bipolar lidelse er også en underkategori av affektive lidelser og innebærer mange av de samme symptomene som ved depresjon. Forskjellen er at man i tillegg har perioder der man er oppstemt og full av energi (Skerfving 2005). Man kan føle seg rastløs, overdrevent pratsom og man har lite behov for søvn. Under såkalte maniske perioder har man liten selvvinnsikt, og man kan oppleve at sykdommen nærmest er fraværende. Barn av omsorgspersoner med denne lidelsen vil kunne oppleve lite forutsigbarhet og trygghet (ibid). Barns opplevelse av faste rammer og en rutinepreget hverdag er en forutsetning for en god utvikling, og kan for psykisk syke foreldre være utfordrende å imøtekomme (Killèn 2000 og 2008, Skerfving 2005). Familieundersøkelser, tvillingstudier og adopsjonsstudier bekrefter at bipolare lidelser sammen med blant annet schizofreni, har en betydelig genetisk komponent som gjør at barn av foreldre med disse lidelsene er spesielt sårbare for å utvikle lignende lidelser senere i livet (Weisæth og Lande 2000).

5.2.2 Schizofreni

Lidelsen schizofreni kjennetegnes ved endringer i ens tenkning og persepsjon, og man får ofte inadekvat eller avflatet affekt (Øiesvold 2000). Slike symptomer får implikasjoner på ens evne til å inngå i relasjoner og påvirker både ens personlighet og virkelighetsoppfatning (Berg- Nilsen et.al 2002, Skerfving 2005). Schizofreni er således en ikke-affektiv funksjonell psykotisk lidelse (Øiesvold 2000). De psykotiske episodene som man kan oppleve kan vare i både kortere og lengre perioder. Man er da vanskelig og få kontakt med, opplever hallusinasjoner og mangler innsikt i sin egen sykdom (Grinde 2004). I følge Øiesvold (2000) vil en av tre med schizofreni ha god prognose, men de resterende vil kunne få tilbakefall samt ha en dårlig prognose da forverring vil kunne føre til at sykdommen blir kronisk.

Schizofreni har en høy arvelighet og er mer ”biologisk” enn andre lidelser (Leverton 2003, Mykletun og Knudsen 2009). Rosenbaum- Asnarow (i Skerfving 1996) fant blant annet at mens det i normalbefolkningen foreligger en risiko på en til to prosent for å utvikle denne lidelsen, hadde barn av schizofrene foreldre en risiko på rundt 10 til 12 %. I tilfeller der begge foreldrene hadde diagnosen var risikoen 35 til 45 %. Barn av schizofrene foreldre har også en økt forekomst av depresjoner (Heyerdahl 2000). I den finske adopsjonsstudien (Tienari et.al 1985) undersøkte man forekomsten av psykiske lidelser blant adopterte barn av schizofrene og ikke- schizofrene mødre. Samtlige barn var adoptert før fire-års alder. I voksen alder viste

barna av de schizofrene mødrene høyere forekomst av psykotiske episoder sammenlignet med kontrollgruppen. Studien viste imidlertid at en harmonisk familiesituasjon kan være en beskyttelsesfaktor for barnet (ibid).

Omsorgspersoner med schizofreni kan virke både skremmende og forvirrende for et lite barn, og deres livsstil kan virke kaotisk (Berg- Nilsen et.al 2002, Skerfving 2005). Symptomer som tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, egosentrisitet og mangel på følelsesmessig tilgjengelighet kan få innvirkning på barnets tilknytning til sin omsorgsperson (Heyerdahl 2000). Barn av schizofrene foreldre kan oppleve nedstemthet, ensomhet, samt isolasjon og kan utvikle lav sosial kompetanse og store atferdsvansker. Generelt er schizofrene i liten grad i stand til å ta vare på et lite barn (ibid).

Schizofreni øker sjansen for å føde for tidlig og for andre fødselskomplikasjoner (Øiesvold 2000, Leverton 2003, Stein, Ramchandani og Murray 2008). Dette innebærer et økt ansvar i forhold til tilrettelegging for blant annet premature spedbarn.

Å ha en psykisk lidelse kan få innvirkninger, i større eller mindre grad på flere funksjonsområder. Dette vil i varierende grad få betydning for foreldrenes omsorgsevne og emosjonelle tilgjengelighet. Sammen med genetiske risikofaktorer vil dette til sammen ha konsekvenser for barnets tidlige erfaringer med sine omsorgspersoner og barnets utvikling.

6 Risikofaktorer knyttet til psykisk syke foreldre

Risikofaktorer knyttet til foreldres psykiske sykdom varierer fra barn til barn, samt fra familie til familie (Grinde 2004). Barns genetiske disposisjoner og biologisk sårbarhet, samt foreldres foreldrefungering, diagnosesymptomer og stressfaktorer i barnets miljø, er faktorer som i ulik grad får innvirkninger på barnets utvikling og omsorgsbetingelser (Aalbæk og Glistrup 1997, Beardslee et.al 1998, Goodman og Gotlib 1999, Seifer og Dickstein 2000). Konsekvensene er avhengig av såkalte multifaktorer som kan antas å være tilstede dersom barns foreldre er psykisk syke, og hvordan de til sammen påvirker barnets utvikling i samspill med miljøet og individuelle faktorer (Jennkins 2008, Stein et.al 2008). Det vil her redegjøres for og drøftes hvilke risikofaktorer som kan tenkes å ha størst betydning for sped- og småbarnets utvikling når omsorgspersoner er psykisk syke.

6.1 Genetisk- og biologisk sårbarhet

Barn av deprimerte og schizofrene foreldre er genetisk predisponert for selv å utvikle disse og andre psykiske lidelser. Dette kan man hevde på bakgrunn av blant annet adopsjons- og tvillingstudier (Weisæth og Lande 2000, Mykletun og Knudsen 2009). Barn som for eksempel er adopterte, vil, sammenlignet med andre barn, ha høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser dersom deres biologiske foreldre har en psykisk sykdom (Goodman og Gotlib 1999, Weisæth og Lande 2000, Stein et.al 2008). Slike studier har i tillegg gitt oss kunnskap om betydningen av barnets omsorgsmiljø og hvordan det kan moderere den genetiske betingelsen. Blant annet har adopsjonsstudier dokumentert at selv om adopterte barn har større forekomst av psykiske lidelser, er forekomsten mindre sammenlignet med barn som vokser opp under mindre optimale omsorgsmiljøer (Weisæth og Lande 2000). Dette innebærer at den genetiske komponenten alene ikke kan forklare hvorfor barn av psykiske syke foreldre viser en høyere forekomst av psykiske lidelser (Skerfving 1996, Beardslee et.al 1998, Seifer og Dickstein 2000, Gammeltoft & Lier 2002). Den genetiske disposisjonen medfører at barn av psykisk syke foreldre er mer sårbare for å utvikle psykiske lidelser enn barn av ikke- psykisk syke foreldre, men at det er miljøet som er den avgjørende faktoren (Mykletun og Knudsen 2009).

Barns sårbarhet knyttet til foreldres psykiske lidelse kan også henge sammen med risikofaktorer under kvinnens graviditet (Skerfving 1996, Goodman og Gotlib 1999, Mykletun og Knudsen 2009). Fosterets miljø i mors mage påvirkes av kvinnens ernæring, stressnivå og eventuelle inntak av medikamenter og/eller rusmidler. Dette sammen med økt risiko for fødselskomplikasjoner, kan gi barnet en biologisk sårbarhet som øker risikoen for å utvikle psykiske vansker senere (ibid). For eksempel viste en dansk longitudinell undersøkelse at barn av psykisk syke mødre har en økt sjanse for lav fødselsvekt (Gammeltoft og Lier 2002). Hyppigheten av barn født med fødselsvekt på under 2500 gram var dobbelt så høy for barn av mødre med psykiatriske lidelser (ibid). Barn med lav fødselsvekt er sårbare for blant annet overstimulering i miljøet. Dette henger sammen med at deres tilstandsregulering ofte er forstyrret, og at disse barna derfor blir vanskeligere å lese enn andre barn (Goodman og Gotlib 1999, Gammeltoft og Lier 2002). Tilpasset omsorg er derfor mer krevende i forhold til disse barna, og de kan ofte være urolige (ibid). Dette kan få innvirkninger på samspillet som legger grunnlaget for tilknytningens kvalitet senere. Barn med lav fødselsvekt er sårbare allerede før de blir født.

Psykisk sykdom vil i mange tilfeller føre til bruk av mer eller mindre sterke medikamenter (Olofsson 2005). Fordi rusmiddelbruk og bruk av noen typer medikamenter under svangerskapet har en dokumentert effekt på fosteret, vil barn av psykisk syke foreldre under slike omstendigheter ha en medfødt sårbarhet som henger sammen med mors medisinerings (ibid).

6.2 Foreldrenes psykiske lidelse

Hvilke konsekvenser foreldres psykiske sykdom har for barnets psykososiale utvikling avhenger av en rekke forhold, som sykdommens alvorlighetsgrad og kroniske tilstand, samt barnets alder når lidelsen først kom til uttrykk (Aalbæk og Glistrup 1997, Beardslee et.al 1998, Goodman og Gotlib 1999, Killèn 2006) Kronisk sykdom hos en eller begge av foreldrene utgjør en større risiko, enn dersom barn vokser opp med foreldre som i en periode opplever depressive symptomer (ibid). I følge Depue og Monroe (i Goodman og Gotlib 1999) er 25 prosent av depressive lidelser kroniske, og mer enn 80 prosent opplever flere depressive perioder. Dette innebærer at de fleste barn som har psykisk syke foreldre utsettes for flere episoder der omsorgsgiver er deprimert.

I følge Grigoriu- Serbanescu og kollegaer (i Beardslee et.al 1999) vil imidlertid barnets alder være avgjørende for hvilke konsekvenser foreldrenes sykdom kan få. Blant annet viser det seg at jo yngre barnet er, desto større risiko har barnet for å utvikle psykopatologi (Heyerdal 2000, Killèn 2006). Dette kan begrunnes på bakgrunn av sped- og småbarnets totale avhengighet av sine omsorgsgivere og deres emosjonelle tilgjengelighet. Tidspunktet for når foreldrene blir psykisk syke kan derfor ha en innvirkende faktor for barnets utvikling (Goodman og Gotlib 1999).

På den andre siden viser forskning at sykdommens varighet kan få varierende konsekvenser for barnet på lang sikt (Goodman og Gotlib 1999). Mens enkelte studier viser at barnets utvikling bedres når foreldre i perioder er bedre eller blir friske, viser andre at vanskene forblir uendret (ibid). Dette kan henge sammen med barns tidlige erfaringer og hvordan de lagres som ”indre arbeidsmodeller” (Bowlby 1969). Barnet har tilegnet seg en tilpasningsstrategi, eller ”overlevelsesstrategi”, som vedvarer og blir en del av barnets atferdsmønster til tross for at foreldrene blir friske. Det er således nærliggende å tenke at det er andre faktorer enn diagnosens genetiske og karakteristiske faktorer som i tillegg for konsekvenser for barnets omsorg og utvikling. I det følgende drøftes nærmere omsorgspersoners foreldrefunksjoner og hvilke faktorer som kan påvirke disse dersom man er psykisk syke. Dette behandles under overskriften ”foreldrenes omsorgsutøvelse”.

6.3 Foreldrenes omsorgsutøvelse

Psykisk sykdom og lidelser påvirker ens fungering i ulik grad. Når man har ansvar for et lite barn, stilles det ytterligere krav til ens funksjon som nødvendigvis går ut over den fysiske omsorgen, som stell og mat kan tenkes å representere. Killèn (2000 og 2008) samler disse kravene under begrepet foreldrefunksjoner, som er en del av det såkalte foreldreskapet. Foreldrefunksjoner sier noe om hvilke egenskaper man som omsorgsgiver bør ha for at omsorgen kan anses for å være ”god nok” (Killèn 2000 og 2008). Manglende eller forstyrrede foreldrefunksjoner utgjør således en risiko i barnets oppvekstmiljø, og er faktoren som har vist seg å ha størst konsekvenser for barnets utvikling (Jenkins 2008). Hvordan kan foreldreskapet defineres, og hva vil det si å være ”gode nok” foreldre?

6.3.1 Foreldreskapet

Det å være ”gode nok” foreldre innebærer at omsorgsgiver involverer seg i barnet sitt, og at barnets fysiske- og emosjonelle behov blir dekket (Killen 2000 og 2008). Disse behovene må ses i sammenheng med barnets alder og barnets utviklingsnivå. Å være gode nok foreldre handler således om å gi barnet en opplevelse av trygghet, og at man blir møtt og sett der man er (ibid). Når psykisk syke, med de påkjenninger og symptomer dette ofte medfører, også skal være ”gode nok” omsorgsgivere, kan man anta at dette kan by på utfordringer. Studier av samspillsdyader mellom sped- og småbarn og deres omsorgsgivere kan bekrefte dette. Ved et akutt- og kortidshjem i Sverige ble det undersøkt hvordan psykisk syke foreldres omsorgsevne ble vurdert av personalet (Skerfving 1996). Mødrene ble blant annet beskrevet som at de hadde vansker med å se, forstå og tilfredsstille barnets behov helt ned i spedbarnsalder (ibid). De ble vurdert som mangelfullt tilstedet for barnet sitt. For barnet kan dette innebære liten opplevelse av trygghet og forutsigbarhet på bakgrunn av erfaringene med sin omsorgsgiver.

Foreldres foreldreskap kan påvirkes når man har en psykisk lidelse. Risikofaktoren sykdommen representerer medieres og forsterkes gjennom foreldrefunksjonene og kan defineres som en indirekte årsak til barnets psykososiale utvikling. Å være en ”god nok” forelder handler om å sette til side sine egne behov til fordel for barnets (Killen 2000). Mange psykisk syke foreldre mestrer ikke alltid dette. Flere studier av psykisk syke foreldre (Beardslee et.al 1998, Goodman og Gotlib 1999, Berg- Nilsen et.al 2002, Stein et.al 2008) kan dokumentere at de er mindre sensitive enn friske foreldre, samt at de i liten grad responderer på barns initiativ i samspill. Lyons- Ruth og kollegaer (i Cummings, Keller og Davies 2005) fant i sin studie at deprimerte mødre i mindre grad koste og lekte med barna sine, samt sang og leste mindre for dem. Foreldrene var i mindre stand til å regulere de daglige rutinene, de ble lettere irriterte på barna og viste mer aggressiv verbal og fysisk atferd (ibid).

Etter som psykisk sykdom hevdes å medieres gjennom foreldrenes fungering innebærer det at ikke alle deprimerte mødre har en dårlig foreldrefungering (Skerfvin 1996, Berg- Nilsen et.al 2002). Blant annet viste Cox, Puckering, Pound og Mills (1987) i en observasjonsstudie at ikke alle mødre som var deprimerte hadde en foreldrefunksjon som ikke var ”god nok”. Noen mødre var i stand til å ha et nært forhold til sitt barn, og disse barna hadde også en tryggere tilknytning. Mens enkelte mødre ikke en gang var i stand til å komme seg opp om morgenen,

var det andre som hadde stor vilje selv til å hankses med et urolig og irritabelt barn (ibid). Faktorer som mors sensitivitet, involvering og positive emosjonelle tilnærming i interaksjon med sitt barn inngår i foreldrenes foreldrefunksjon og er viktige bestanddeler i et ”godt nok” foreldreskap.

6.3.2 Foreldrefunksjoner

Gode foreldrefunksjoner er helt nødvendige for at barnet skal kunne oppleve å få en god omsorg fra sine omsorgsgivere (Killèn 2000). De viktigste foreldrefunksjonene er, i følge Killèn (2000 og 2008), omsorgspersonens evne til å se barnet som det er, engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, empati med barnet, og til slutt evnen til å ha realistiske forventninger til barnets mestring. Omsorgspersonenes sensitivitet er en forutsetning for å kunne utøve gode foreldrefunksjoner. Med sensitivitet menes evnen til å oppfatte og tolke barnets signaler så nøyaktig som mulig, og å respondere raskt og adekvat (Ainworth et al. 1978).

Forskning viser at foreldre som blant annet sliter med depresjoner kan ha vansker med sensitivitet i samspill og interaksjon med barnet. Dette kan handle om deres svekkede foreldrefunksjoner (Killèn 2000, Berg-Nilsen et al. 2002). Barns emosjonsregulering, etableringen av senere relasjoner og utviklingen av selvbildet er alle avhengig av barnets samspillserfaringer med viktige tilknytningspersoner de første årene (Rye 2002). I de fleste tilfeller utgjør disse barnas foreldre eller omsorgspersoner, og barn med psykisk syke foreldre er derfor sårbare i forhold til senere vansker på bakgrunn av uheldige samspillserfaringer (Stein et al. 2008).

”Gode nok” foreldrefunksjoner og en sensitiv omsorgsutøvelse er helt avgjørende for barnets fungering og videre utvikling. Depresjoner, angst og andre psykiske lidelser kan, i en eller annen grad, få konsekvenser for samspillet og tilknytningen. Som Killèn (2000 og 2008) hevder så varer barndommen i generasjoner. Dette innebærer også at psykisk syke foreldre selv kan ha opplevd en vanskelig barndom og av den grunn vil ha problemer med å forholde seg sensitiv til barnet sitt.

6.3.3 "Indre arbeidsmodeller"

Det er tidligere blitt gjort rede for begrepet "indre arbeidsmodeller", og hvordan disse på bakgrunn av barns tidligere erfaringer påvirker deres forventninger til miljøet og etablering av nye relasjoner (j fr 2.2). Foreldre har også vært barn, og de fleste har minner om en trygg barndom og trygge omsorgsrelasjoner. Dette gjelder imidlertid ikke alle. Foreldre som sliter med å gi barnet sitt en god omsorg har ofte selv ikke opplevd å få god omsorg fra sine foreldre (Killèn 2000). Tilknytning går i generasjoner, og det å gi noe man selv ikke har fått, videre til andre, kan medføre problemer (ibid). Dette kan også gjelde psykisk syke foreldre (Berg- Nilsen et al. 2002, Fraiberg, Adelson og Shapiro 1975). Indre arbeidsmodeller består av egne erfaringer og egne tanker om seg selv som forelder (Killèn 2000). Indre arbeidsmodeller påvirker vår foreldrerolle ovenfor egne barn. Negative erfaringer og symptomer som følge av psykisk sykdom kan påvirke disse modellene, og kan få konsekvenser for ens foreldrefunksjon (ibid).

I artikkelen "Ghosts in the Nursery" (Fraiberg et al. 1975) hevdes det at det på ethvert barnerom eksisterer spøkelser som er såkalte besøkende fra foreldrenes egen fortid som barn. Dersom disse spøkelsene ikke blir bearbeidet vil de kunne påvirke egen forelderpraksis. Slik forklares det hvordan barndommen kan gå i generasjoner dersom foreldrene ikke får hjelp fra profesjonelle til å snakke om sin egen barndom og hvordan den kan påvirke egen omsorgspraksis (ibid). I en klinisk vignett beskriver Fraiberg (1975) hvordan en deprimert førstegangs mor ikke klarer å møte sitt barns behov, og hvordan hun tilsynelatende ikke "hører" barnet sitt gråte. Når det i samtale med denne moren kommer frem at hennes egen mor blant annet led av fødselsdepresjon, konkluderte Fraiberg med at hun ikke hørte sitt eget barn fordi hun selv ikke ble hørt som liten (ibid).

Psykisk syke foreldre, på bakgrunn av hva som definerer et godt nok foreldreskap og hvordan "indre arbeidsmodeller" påvirker våre foreldrefunksjoner, kan møte på utfordringer når de skal ivareta et lite barn. Dette er faktorer som, sammen med foreldrenes varierende symptomer, har betydning for barnets omsorgssituasjon. Når man skal forsøke å forebygge utvikling av psykiske lidelser er det avgjørende å identifisere både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer ved familien og barnet (Mykletun og Knudsen 2009).

6.4 "Den kumulative effekten"

Begrepet risiko kan defineres som karakteristika, erfaringer eller hendelser som, hvis de er til stede, er forbundet med økt sannsynlighet for et uheldig utfall knyttet til barnets utvikling (Hansen og Jacobsen 2007). Risikofaktorer knyttet til foreldres psykiske lidelse øker sannsynligheten for senere vansker og lidelser hos barnet, men er ingen årsaksfaktor. Det er den *totale* virkningen av flere risikofaktorer, og ikke faktorene sett enkeltvis, som har betydning. Med andre ord er det ikke antall risikofaktorer som avgjør alvorlighetsgraden, men risikofaktorene sett sammen. Dette vil si at risikofaktorer er *kumulative* (Beardslee og Gladstone 2001, Hansen og Jacobsen 2007, Jenkins 2008, Stein et.al 2008). Familier som består av en eller to foreldre med psykiske plager og lidelser kan gå under samlebetegnelsen "risikofamilie". En risikofamilie kan defineres som en familie der det over en viss tid er flere risikofaktorer til stede samtidig (Hansen og Jacobsen 2007). Ut i fra denne definisjonen kan familier som består av en eller to foreldre med psykiske lidelser anses som en såkalt risikofamilie. Risikofaktorene som kan knyttes til denne familien kan være både genetiske og miljømessige (Beardslee og Gladstone 2001). Videre kan risikofaktorene dreie seg mer om det psykososiale miljøet barnet vokser opp i. Faktorer som ekteskapsproblemer, foreldrenes fungering og den følelsesmessige atmosfæren i familien er sentrale.

I en studie undersøkte Rutter og kollegaer (i Beardslee og Gladstone 2001) de konsekvensene flere, kontra én stressfaktor, kunne ha for ti års gamle barn. De inkluderte faktorer som ekteskapsproblemer, lav sosial status, størrelse på familien og psykiatriske lidelser hos mødre. Barn som kun ble utsatt for én risikofaktor, uavhengig hvilken faktor dette var, viste lik sannsynlighet for å utvikle psykiske vansker som barn uten noen risikofaktorer. Økning i risikofaktorer førte til økning i sjansen for psykopatologi. Denne økningen var igjen større enn summen av risikofaktorer målt individuelt (ibid).

Også Beardslee med kollegaer (i Beardslee og Gladstone 2001) fant en slik kumulativ effekt i henhold til risikofaktorer i barns oppvekst. I familier med risikofaktorer som både diagnose hos barnet og foreldrene, samt varighet av diagnosen, utviklet 50 % av barna vansker. Barn med færre risikofaktorer viste vansker i kun syv prosent av tilfellene. Sameroff (i Beardslee og Gladstone 2001) fant videre at type risikofaktor spilte rolle for barnets utvikling. Blant annet viste foreldrenes diagnose ingen innvirkning på barnet, mens deres foreldrefungering i høyere grad kunne predikere barnets utvikling. Selv om de kan ha en genetisk betinget sårbarhet, vil faktorer som foreldrenes psykiske tilgjengelighet og deres sosiale fungering ha

større betydning. Kronisk lidelse og alvorlighetsgrad var også av betydning for barnets utvikling (ibid).

Forskning som omhandler risikofaktorenes kumulative effekt antyder at konsekvensene av å vokse opp med psykisk syke foreldre vil variere, og at flere faktorer spiller inn. I det følgende vil det drøftes hvilke konsekvenser disse risikofaktorene kan få for barnets utvikling og hvorvidt dette er vansker som kan tenkes å vedvare.

7 Konsekvenser av å vokse opp med psykisk syke foreldre

Det forekommer som tidligere nevnt, omfattende forskning på barn av psykisk syke foreldre.

Vi vet i dag mye om de konsekvenser dette kan få for barnets utvikling og deres psykiske helse, både på kort og lang sikt (Skerfving 1996, Beardslee et.al 1998, Goodman og Gotlib 1999, Seifer og Dickstein 2000, Mevik og Trymbo 2002, Murdoch og Hall 2002).

Litteraturgjennomgang tilsier at disse barna, uten tvil, har en økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser senere. Barna, sammenlignet med barn av ikke- psykisk syke foreldre, viser også større forekomst av emosjonelle problemer, kognitive forstyrrelser, atferds- og utviklingsforstyrrelser og somatiske plager (Skerfving 1996, Aalbæk og Glistrup 1997).

Samlet kan barn av psykisk syke foreldre utvikle både internaliserte så vel som eksternaliserte vansker (Beardslee og Gladstone 2001, Berg-Nilsen et.al 2002).

Dette kapittelet tar utgangspunkt i empiri rettet mot henholdsvis sped- og småbarn på den ene siden, og ungdom og voksne på den andre. En slik fremstilling har vært mulig først og fremst på bakgrunn av en økt forekomst av longitudinelle studier hvor man har fulgt barn av psykisk syke foreldre over lengre perioder (Beardslee et.al 1998, Beardslee og Gladstone 2001).

Vanskene varierer imidlertid avhengig av alder og endrede utviklingsmessige behov gjennom oppveksten. Av den grunn omhandler studier som er rettet mot de aller minste i større grad forstyrrelser i relasjonen til omsorgsgiver og de konsekvenser dette vil kunne medføre på andre utviklingsområder (Smith og Ulvund 1999, Seifer og Dickstein 2000, Hansen og Jacobsen 2007, Killèn 2000 og 2008).

7.1 Konsekvenser for sped- og småbarnet

Når barn mistrives kommer dette til uttrykk på en eller annen måte avhengig av barnets alder (Holm et.al 2002). Når det gjelder sped- og småbarn kan det komme til uttrykk ved for eksempel uro, gråt, utrygghet ved kontaktetablering og reguleringsvansker. Når de blir noe eldre kan de vise separasjonsproblemer, hypersensitivitet, ekstrem tilpasning, passivitet og/eller rastløshet. Symptomene og tegnene er mange og varierer fra barn til barn (ibid). Spedbarn av deprimerte mødre viser blant annet mer irritabilitet, lavere skårer på motoriske- og kognitive tester samt i større grad usikker tilknytning til sine omsorgspersoner,

sammenlignet med barn av ikke psykisk syke foreldre (Goodman og Gotlib 1999, Seifer og Dickstein 2000, Grinde 2004). Videre hevder Goodman og Gotlib (1999) at de i førskolealder reagerer mer negativt på stressfaktorer, samt at de viser en senere utvikling i henhold til selvreguleringsmekanismer.

7.1.1 Samspillsforstyrrelser

Sped og småbarn av psykisk syke foreldre viser ofte et vanskelig temperament som et resultat av samspillet mellom den biologiske- og genetiske sårbarheten, og de miljømessige faktorene (Seifer & Dickstein 2000, Gammeltoft & Lier 2002). Barn med vanskelig temperament har ofte problemer med tilstandsreguleringen som igjen vil kunne påvirke barnets deltakelse i sosiale interaksjoner (Barton og Robins 2000, Holm et.al 2002). De kan, sammenlignet med andre barn, vise uklare signaler. Observasjoner av sped- og småbarn av psykisk syke foreldre tilsier at deres samspill med omsorgspersonen ofte er preget av mer negative emosjonsuttrykk og mindre matchet atferd, sammenlignet med andre dyader (Seifer og Dickstein, Skerfving 1996 og 2005).

I følge Seifer og Dickstein (2000) viser flere studier at mødre med depresjoner responderer mindre på barnets behov, er mer fraværende og mer negative i dyadiske interaksjoner med barnet. I en studie av Cohn og Tronick (1987) så barna mindre på sine deprimerte mødre sammenlignet med kontrollgruppen, samt over en kortere periode. I følge Braarud og Stormark (2008) gir barnet etter hvert opp og mister interessen når de ikke blir møtt gjensidig av sin samspillsdeltaker. Dette kan således forklare deres manglende vedvarende interesse for sine mødre. I en lignende studie observerte Lier (i Skerfving 1996) samspillet mellom mødre med psykiatriske eller psykososiale vansker og deres barn det første leveåret. En del av barna utviklet seg til å bli passive og langsomme, samt viste de sen motorisk utvikling. Videre unngikk de øyenkontakt og fysisk kontakt. Barna deltok heller ikke i samspill med sine mødre. Andre barn lærte derimot i større grad å ta vare på seg selv og var mer aktive. Relasjonene var alle preget av lite tilstedeværelse av følelser og gjensidighet (ibid).

I følge Gammeltoft og Lier (2002) kan forstyrrelser i mor- barn samspillet komme til uttrykk på ulike måter, avhengig av morens psykiske vanske. Blant annet vil psykotiske mødres realitetsbrister kunne påvirke evnen til å se barnets behov, samt skille disse fra egne. Et eksempel kan være at barnet får mat når det gråter, til tross for at barnet ikke sultent. Hos den

deprimerte moren kan hennes tilbaketrukkethet føre til at samspillet med barnet ikke etableres (ibid).

På bakgrunn av slike studier og kunnskap om barn med reguleringsvansker vil derfor samspillsvansker mellom barn og deres psykisk syke foreldre være sammensatt. Barnets genetiske og biologiske disposisjoner og omsorgsmiljøets tilpasning til barnet, vil påvirke og påvirkes av hverandre over tid. Det er av den grunn problematisk å si noe konkret om innvirkningen psykisk sykdom kan ha på mor- barn samspillet. Det ene kan ikke studeres uavhengig av det andre. På den andre siden kan det tenkes at tilpasningen et urolig barn trenger for en god utvikling vil være problematisk å møte dersom man som foreldre har en psykisk sykdom som påvirker både ens generelle hverdagsfunksjon og foreldrefunksjoner (Goodman og Gotlib 1999).

7.1.2 Utrygg tilknytning

To studier av Naslund og kollegaer (i Seifer og Dickstein 2000) konkluderte med at barn av schizofrene mødre og deres relasjon bar preg av en usikker tilknytning, og at de i forhold til fremmede viste en ikke- diskriminerende tilnærming. 70- 90 % av barn av mødre med bipolar lidelse viser videre, i følge Seifer og Dickstein (2000), usikker tilknytning i flere studier. Dette gjelder også for barn av deprimerte mødre når de sammenlignes med kontrollgrupper (ibid).

DeMulder og Radke- Yarrow (1991) undersøkte tilknytningsmønstre til barn i alderen 15- 52 mnd av deprimerte foreldre. Rundt 70 prosent av barna med mødre som hadde bipolar lidelse viste atypisk tilknytning (ibid). Denne tilknytningsstilen kan som oftest observeres når småbarn har vært adskilt fra sine foreldre over en lengre periode (Smith 2002). Barn kan i slike tilfeller vise desorientering i forhold til sine omgivelser og undertrykkelse av affekt og emosjoner knyttet til sine foreldre. Studier av sammenhengen mellom depresjon og barnets tilknytning er imidlertid uklar (ibid). Teti og medarbeidere (Teti, Gelfand, Messinger og Isabella 1995) undersøkte barn av deprimerte mødre og kvaliteten på deres tilknytning. Hele 40 prosent av barna i den yngre gruppen (16- 21 mnd) viste en desorganisert tilknytning (kategorien utrygg tilknytning), sammenlignet med ti prosent i kontrollgruppa. I denne studien var imidlertid mødrene i behandling og ble derfor kategorisert som alvorlig syke. Van IJzendoorn (van Ijendoorn, Schuengel og Bakermans-Kranenburg 1999) viste i sin analyse at

det derimot kun var en svak sammenheng mellom tilknytningens kvalitet og morens psykiske sykdom. Dette ble også bekreftet av en undersøkelse utført av det amerikanske helsedepartementet (ibid). I begge disse studiene var mødrenes psykiske tilstand imidlertid mindre alvorlig. Disse og andre studier kan dermed tyde på at foreldrenes psykiske sykdom har en medierende effekt på barnets utvikling gjennom deres foreldrefungering og evne til sensitiv tilnærming. Barnets tilknytning med sine omsorgsgivere kan ikke predikeres kun på grunnlag av foreldrenes psykiske sykdom. Studiene kan imidlertid fortelle oss at de er i risiko for utvikling av utrygg tilknytning. Utrygg tilknytning er, som jeg tidligere har vært inne på, en risikofaktor for senere vansker.

7.1.3 "Overlevelsesstrategier"

Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre lærer tidlig å sette til side egne behov, og de tilpasser seg foreldrenes fungering og psykiske tilstand. Slik tilpasningsatferd går under betegnelsen overlevelsesstrategier (Goodman og Gotlib 1999). Ved første øyekast kan barn som viser en slik "tilpasningsdyktighet" virke både velfungerende og tilfredse. Imidlertid vil disse overlevelsesstrategiene kunne ha negative innvirkninger på barnets utvikling da den tilpassede atferden ofte kan generaliseres til andre situasjoner. Eksempelvis kan barnets tilbaketrukkede atferd være en tilpasning til foreldrene som er lite tilgjengelige og sensitive. I andre relasjoner der barnet har mulighet til sosial interaksjon vil en slik atferd kunne være uhensiktsmessig (ibid).

Allerede ved to til tre måneders alder er det mulig å observere hvordan spedbarnet speiler mors depressive atferd (Killèn 2000). De viser et lavt aktivitetsnivå i samspillet, og etter hvert lærer de å hemme sine følelser. På den måten vil interaksjonen mellom mor og barn være med på å skape en utrygg tilknytning allerede fra starten av. I en studie av Cohn og kollegaer (1990) viste spedbarn av tilbaketrukne deprimerte mødre protest og fortvilelse, mens barn av mødre med en invaderende deprimert foreldrestil viste unngåelsesatferd, som for eksempel å stirre vekk under kontakt (ibid). Dette bekrefter hvordan spedbarnet er i stand til å speile mors tilstand og på den måten tilpasser seg sin omsorgssituasjon.

Forskning tyder på at sped- og småbarn av psykisk syke foreldre hyppigere viser tegn på dårlig kontaktevne og reguleringsforstyrrelser. Dette henger ofte sammen manglende foreldrefunksjoner som får konsekvenser for samspillet og tilknytningen. Dersom

omsorgspersoner er gjennomgående emosjonelt utilgjengelige og lite sensitive i sin omsorgsutførelse, kan man snakke om mulig omsorgssvikt.

7.1.4 Omsorgssvikt

Omsorgssvikt er et sammenfattende begrep og omhandler barn som på en eller annen måte utsettes for en omsorg som ikke er ”god nok” (Killèn 2008). Det kan handle om alvorlige mangler ved barns daglige omsorg og personlige kontakt, samt mangel på trygghet i forhold til alder og utvikling. Barn med spesielle behov utsettes for omsorgssvikt dersom foreldre ikke sørger for behandling. Mishandling og overgrep er også en form for omsorgssvikt. I tilfeller der barnets helse og utvikling kan bli alvorlig skadet, fordi foreldrene er ute i stand til å ta tilstrekkelig ansvar for barnet, utsettes barnet for omsorgssvikt.

Barn av psykisk syke foreldre, på bakgrunn av deres svekkede foreldrefunksjoner, kan få sin helse og utvikling alvorlig skadet dersom deres omsorgssituasjon vedvarer. Bjørneboe (2006) hevder at mange barn opplever omsorgssvikt i forbindelse med foreldres psykiske lidelser, rusproblemer, skilsmisser og vold i hjemmet. Omsorgssvikten kan forstås som et resultat av interaksjonen mellom barnet og omsorgsgiver (Rye 2002). Omsorgssvikt tar ulike former, og det er først de siste årene psykiske overgrep og følelsesmessig vanskjøtsel har blitt viet større oppmerksomhet (Killèn 2008). Psykiske overgrep innebærer et vedvarende, kronisk atferdsmønster ovenfor barnet, som blir et dominerende trekk ved barnets liv. Denne formen for omsorgssvikt har en dokumentert stor betydning for barns psykiske helse og utvikling (Lundèn 2005). Emosjonell utilgjengelighet har vist seg å kunne ha større og mer alvorlige konsekvenser for barn enn andre former for omsorgssvikt (ibid). Dette er omsorgssvikt som kan karakteriseres ved at omsorgspersonene er lite emosjonelt tilgjengelige og at barns signaler og behov ikke blir møtt over tid. Barns gjentatte erfaringer med en slik omsorgssituasjon fører til slutt at barnet resignerer. Barn vil etter hvert slutte å skrike og melde sine behov. Dette er barn som er vant med ikke å bli sett, og de er følelsesmessig underernært. En psykisk syk forelder kan mistolke sitt barns behov og i liten grad skille de fra egne. Dette betyr at barn som skriker fordi det har behov for menneskelig kontakt, kan oppleve at de blir møtt med mat. Manglende respondering og understimulering kan føre til forsinket psykomotorisk utvikling og språkutvikling, samt dårlig kontaktevne (Killèn 2008). I forskningsprosjektet ”Hur mår förskolebarnen?” (Lundèn 2005) var hensiktet å belyse hvilke

signaler helsestasjons- og barnehageansatte vurderer som tegn på at et barn lider, samt hva som avgjør om de melder sin bekymring til barnevernet. De fant at det vanligste tegn på omsorgssvikt var emosjonell utilgjengelighet i foreldre- barn relasjonen. Dette er den formen for omsorgssvikt som kunne identifiseres i alle de ulike omsorgssviktsformene, samt den eneste som kunne opptre alene. Dette gjør at psykisk omsorgssvikt opptrer hyppigere og er mer ”vanlig”. Det er nettopp denne omsorgssviktformen som kan anses som nært knyttet til barn av psykisk syke foreldre. Samspillsobservasjoner av barn med psykisk syke foreldre kan ofte bekrefte dette (j fr. 5.3, 6.3 og 7.1).

Kunnskap om tidlig samspill og tilknytning vil være identifiseringsfaktorer som kan synliggjøre psykiske overgrep tidlig. Konsekvenser av omsorgssvikt kan være alvorlige for barns utvikling. Det har blitt knyttet til senere depresjoner, angstforstyrrelser, suicidal atferd, lav selv følelse, spiseforstyrrelser, post-traumatisk stressforstyrrelser og rusmiddelmisbruk. Det er imidlertid slik at jo mer alvorlig overgrepet oppleves av barnet, desto større sjanse er det for å utvikle forstyrrelser i voksen alder. Psykisk syke foreldre er ikke alltid emosjonelt utilgjengelig. I perioder kan de være ”gode nok” foreldre. På den andre siden vil en slik atferd oppleves som forvirrende og uforutsigbar for det lille barnet. Det kan få mye oppmerksomhet en dag, for så å bli overlatt til seg selv den neste (ibid).

Walsh, MacMillan og Jamieson (2002) undersøkte hyppigheten av omsorgssvikt der omsorgspersoner hadde en form for psykisk lidelse. De fant at disse barna hadde en økt risiko for å bli utsatt for både fysiske og seksuelle overgrep (ibid). Barn kan også utsettes for omsorgssvikt under graviditeten. Dersom en psykisk syke mor er avhengig av medikamenter vil dette få innvirkning på fosteret (Olofsen 2005). Kunnskap om hjernes utvikling tilsier også at omsorgssikt vil påvirke barnets fysiologiske utvikling.

Når man som helsesøster skal forebygge for sped- og småbarn av psykisk syke foreldre, vil det også handle om å forebygge ikke bare for skjevutvikling og senere vansker, men også for en barndom preget av omsorgssvikt. Barn av psykisk syke foreldre er i risiko når det gjelder psykisk omsorgssvikt. Kunnskap om omfanget av omsorgssvikt og de konsekvenser det kan få for barnet på lang sikt, underbygger behovet for tidlig intervensjon (Killèn 2006).

7.2 Langtidseffekter

Barn og ungdom i skolealder som vokser opp med psykisk syke foreldre, viser hyppigere skole- relaterte vansker, er mindre sosiale kompetente, viser lavere selvsikkerhet og har en høyere forekomst av atferdsvansker sammenlignet med andre barn (Goodman & Gotlib 1999). Videre tyder forskning på at de har en større forekomst av psykiske vansker, utrygg tilknytning, vanskeligheter med å etablere gode relasjoner, konsentrasjonsvansker og lærevansker (Skerfving 1996, Stein et.al 2008). En undersøkelse i regi av Folkehelseinstituttet tyder på at vansker som barn viser i 18 måneders alder vedvarer gjennom barneårene (Karevold et.al 2009). 40 prosent av fire åringer som har diagnoselignende lidelser har også vansker i ti års alder.

Hammen og kollegaer (i Beardslee et.al 1998 og Beardslee og Gladstone 2001) utførte en studie der de over en periode på tre år sammenlignet barn i alderen 8 til 16, av henholdsvis deprimerte og kronisk syke mødre. Mødre med depressive lidelser bestod av to grupper fordelt mellom unipolare og bipolare lidelser. Barn av mødre med unipolar lidelse hadde større sjanse for å oppleve minst én manisk eller depressiv episode. Sammenlignet med andre hadde de i tillegg flere komorbide diagnoser. Sammenlignet med barn av kronisk syke foreldre var risikoen for å utvikle depresjon 45 mot 11 prosent (ibid). En studie av Weissman og kollegaer (i Beardslee et.al 1998) kan bekrefte den store forekomsten av psykiatriske lidelser hos barn av foreldre som sliter med spesielt unipolar depresjon. Etter ti år viste barna høyere forekomst av både depresjoner, fobier, panikk (panic disorders) og rusavhengighet sammenlignet med barn av ikke psykisk syke foreldre (ibid). De fleste av disse lidelsene viste seg så sent som i 15 til 20 års alder.

Når det gjelder barn av foreldre med bipolar lidelse viste blant annet en fem års lang longitudinell studie at forekomsten av lidelsen hos barna var på ti prosent (Hillegers 2005). Videre viste barna en forekomst på 40 % når det gjaldt angst lidelser og 59 % generelt på psykopatologi. Også forskning på barn av foreldre med angstlidelser viser at barna har økt risiko for selv å utvikle angst. I en studie kom det fram at risikoen var syv ganger så høy sammenlignet med barn kontrollgruppen, og at barn med foreldre med sosial angst selv viste denne lidelsen i én av fire tilfeller (ibid).

Også barn av schizofrene foreldre har en økt risiko for selv å utvikle schizofreni. Enkelte studier har også påvist økt forekomst av andre mentale lidelser, ADHD, angst og depressive

lidelser. 15 av 173 barn som hadde schizofrene mødre viste i en longitudinell studie (i Skerfving 1996) at de etter ti år selv hadde fått diagnosen. Andre psykiske vansker var også vanlig blant disse barna.

Aalbæk og Glistrup (1997) har foretatt en omfattende undersøkelse på bakgrunn av daværende eksisterende litteratur og forskning på barn av psykisk syke foreldre. Ved å se på relasjonen mellom psykisk syke foreldre og barnas utvikling, kunne de konkludere med at disse barna er i en risiko for senere vansker. Vanskene viser seg på tvers av foreldrenes diagnose og omfatter et helt spekter fra somatiske plager og psykiske lidelser, til forstyrrelser knyttet til både kognitive, emosjonelle og interpersonlige utviklingsområder (ibid). I et utviklingsperspektiv er det imidlertid interessant å studere hvorvidt slike vansker vedvarer og hvilke uttrykk vanskene kan få hos eldre barn og voksne.

7.2.1 "Voksne barn" av psykisk syke foreldre

Økt fokus på hvordan barn av psykisk syke foreldre selv har opplevd sin oppvekst har resultert i et relativt omfattende empirisk materiale basert på voksnes egne uttalelser (Skerfving 1996, Holm et.al.1999). Blant annet forteller de nå "voksne barna" at deres oppvekst var fylt med angst for hva som ventet dem når de kom hjem fra skolen, og angst for hvordan det gikk hjemme når de ikke var der (Holm et.al.1999). Det var ikke rom for deres egne behov, og det var sjeldent plass til å tenke på seg selv og sin situasjon. Signaler om hjelp ble ikke tatt i betraktning eller forstått. De fikk tvert i mot ros fra andre familiemedlemmer og nære for at de klarte seg så bra til tross for en vanskelig hjemmesituasjon (ibid). Generelt har disse barna mye ansvar allerede tidlig i oppveksten og blir som "små voksne" i tidlig alder (Skerfving 1996).

Barn som er blitt voksne har en økt forekomst av psykiske vansker, samt problemer blant annet knyttet til etablering av nære relasjoner (Skerfving 1996 og 2005). I noen tilfeller kan det også være slik at vanskene ikke opptrer så tidlig som i barnealder, men at de blir mer synlige i voksen alder. I en oppfølgingsstudie av "Isle of Wight- studien" av Rutter og Quinton i 1984 (i Skerfving 2005), viste halvparten, som i barneårene hadde vansker, fortsatt vansker i voksen alder. En av ti som i barneårene ikke viste vansker, hadde imidlertid psykiske vansker i voksenalder (ibid).

I en studie av Dunn (i Skerfving 1996) ble ni voksne intervjuet om deres oppvekst sammen med en psykisk syk mor. En av de intervjuede hadde utviklet lidelsen schizofreni. De øvrige hadde alle gått i terapi (ibid). Videre kunne de fortelle om hvordan de opplevde at deres behov ikke ble møtt, og hvordan de ble isolert fra omverdenen. I en lignende studie intervjuet Granath (i Skerfving 1996) fem ”voksne barn” av psykisk syke foreldre. Også disse kunne fortelle om en skremmende oppvekst der et par av dem i tillegg var redd for at deres foreldre skulle drepe dem (ibid). Som voksne ser de hvordan deres oppvekst har påvirket dem negativt og gitt de vanskeligheter spesielt i forhold til relasjonsdannelse med andre voksne og egne barn. Ingen av de intervjuede hadde imidlertid utviklet psykiske lidelser, og de opplevde selv at de alt i alt hadde klart seg bra på tross av sin vanskelige oppvekst.

”Andungen gruppene”, som er etablert flere steder i Norge, samler voksne som snakker ut om sin barndom med psykisk syke foreldre (Grinde 2004). En av gruppelederne, Walnum, hevder at det man har opplevd i barnårene ikke går over, og at det snarere er tvert i mot. Ofte kommer disse vanskene på overflaten når de som voksne selv får barn, og mange sliter med egne psykiske problemer i etter tid (ibid).

Hvorfor barn av psykisk syke foreldre viser større forekomst av ulike vansker og lidelser, og hvordan vi kan forklare denne transaksjonen fra foreldrene til barna, er uklar (Beardslee et.al 1998, Goodman og Gotlib 1999). Forskning på risikofamilier og fremveksten av begreper som resiliens og robusthet kan hjelpe oss til å forstå transaksjonen mellom ulike risikofaktorer og hvordan de får individuelle konsekvenser for disse barna (Skerfving 1996 og 2005, Aalbæk og Glistrup 1997).

7.3 Barn som klarer seg bra

For rundt 30 år siden ble man mer opptatt av såkalte risikobarn som ser ut til å *klare seg bra* på tross av en vanskelig oppvekst (Wright og Masten 2005). Dette førte til et økt fokus på hvilke faktorer som beskytter, i motsetning til å studere faktorer som henger sammen med patologi og skjevutvikling (ibid). Et slikt skifte har vært et viktig bidrag til hvordan man tenker om forebygging og behandling av vansker, spesielt når det gjelder barn i risiko.

7.3.1 Resiliens og beskyttelsesfaktorer

Barn som klarer seg bra går ofte under betegnelsen robuste eller motstandsdyktige (Smith og Ulvund 1999). Forskning som omhandler disse barna går under begrepet resiliensforskning. Denne forskningen omhandler et barns positive utvikling på tross av vanskelige forhold (Wright og Masten 2005). Resiliens handler om faktorer som beskytter barnet og gjør det mer motstandsdyktig dersom barnet utsettes for utfordringer og stressorer i miljøet.

Beskyttelsesfaktorer kan handle om faktorer som eksisterer både ved barnet selv og i barnets miljø, enten det er i hjemmet, skolen eller i samfunnet (Smith og Ulvund 1999). Disse faktorene kan til sammen redusere virkningene av eventuelle risikofaktorer og stress (Smith og Ulvund 1999, Sameroff og Fiese 2000, Wright og Masten 2005). I en longitudinell studie av Werner og Smith (i Mordoch og Hall 2002) var det, til tross for vanskelige oppvekstforhold, noen barn som ikke utviklet lære- og atferdsvansker. Det så ut til at disse barna hadde utviklet gode relasjoner til minst en annen voksen, i mange tilfeller deres besteforeldre. Disse personene fungerte som barnas beskyttelsesfaktorer og representerte således barnets resiliens.

Egenskaper og karakteristika som intelligens, personlighet, temperament og sosial kompetanse er alle faktorer ved barnet som har vist seg å gjøre barnet bedre utrustet ved motgang (Goodman og Gotlib 1999, Smith og Ulvund 1999). Hva som imidlertid kan karakteriseres som beskyttelsesfaktorer er individuelt og avhenger av barnets miljø. Dette innebærer at miljøfaktorer som for ett barn er beskyttende, kan for et annet barn være en risikofaktor (ibid). Ettersom foreldrefunksjonene hos for eksempel psykisk syke foreldre varierer kan disse være både beskyttende faktorer og risikofaktorer.

7.3.2 Beskyttelsesfaktorer når mor eller far er psykisk syk

Når det gjelder barn av psykisk syke foreldre er det som tidligere nevnt mange som ser ut til å klare seg bra (Beardslee et.al 1998, Grinde 2004). Personlige egenskaper, deres forhold til sine omsorgsgivere, det sosiale nettverket, samt deres forståelse og kunnskap om foreldrenes tilstand, har, i følge Skerfving (1996) betydning for hvordan det går med barna senere.

Aalbæk og Glistrup (1997) trekker i sin avhandling frem forhold som barnets relasjon til den eventuelle friske omsorgsgiveren og andre nære personer, som en lærer eller besteforelder.

Forskning som tar for seg familier der kun en av omsorgspersonene er psykisk syk, er det som

oftest mor som behandles (Goodman og Gotlib 1999). Goodman og Gotlib (1999) konkluderer med at dersom far er frisk, og han er tilgjengelig for barnet, samt opptrer støttende i forhold til mor, representerer han en beskyttelsesfaktor. Imidlertid går det også frem at i tilfeller der mor er syk vil ofte hennes partner også ha en form for psykisk lidelse. Barnet har da en dobbel risiko. Dette gjelder også dersom far er frisk men ikke til stede. (ibid). Barn av psykisk syke som klarer seg bra kan i følge Beardslee (1998) beskrives som aktive, interesserte i skolearbeide og i hobbyer og aktiviteter, samt engasjerte i interpersonlige relasjoner.

I mange tilfeller vil også omsorgsgivere, til tross for eventuell psykiske lidelse aller vanske, kunne gi barn en trygg omsorg, samt emosjonell tilgjengelighet slik at deres vansker ikke nødvendigvis påvirker barnet i betydelig grad (Aalbæk og Glistrup 1997).

Som en beskyttelsesfaktor er det noen barn som forenekter, distansere seg bort og rasjonaliserer problemene ved sin omsorgssituasjon (Mordoch og Hall 2002). Utad kan disse barna virke motstandsdyktige, og de kan gi uttrykk for at de takler sin situasjon på en grei måte. Barn som har en slik tilpasning har stor sjanse for å utvikle interpersonlige problemer senere i voksen alder. Beskyttelsesfaktorer som man ofte forbinder med resiliens kan således gå på bekostning av andre sider ved barnets utvikling. Overlevelsesstrategier sped- og småbarn tidlig kan utvikle er et eksempel på dette. Eldre barn kan på sin side ta på seg en rolle som den hjelpende i hjemmet, og på den måten risikerer de å undertrykke egne mål og ønsker (ibid).

Forskning på resiliens og beskyttelsesfaktorer bekrefter at konsekvenser knyttet til foreldres psykisk sykdom er sammensatt og varierende. For noen barn vil foreldres psykiske sykdom få store konsekvenser, mens det for andre får en mindre betydning på langsikt. I tillegg kan man anta at barn som tidlig viser gode tilpasningsevner på sikt kan oppleve å få store vansker. Overlevelsesstrategier og deres tilpasningsdyktighet kan i voksen alder slå brister (Killèn 2006). Dette gjelder spesielt når man utvikler intime relasjoner og får egne barn (ibid). Hvilke faktorer som er beskyttende og styrkes barnets resiliens varierer fra barn til barn. Det trengs mer forskning på dette området får bedre å forstå de ulike mekanismene som spiller inn. Ytterligere kunnskap om barn som tilsynelatende klarer seg bra, men som senere viser store vansker vil være verdifullt når man søker å forebygge for denne gruppen. En mangel ved forskning på barn av psykisk syke foreldre er, i følge Leverton (2003) og Mordoch og Hall (2002), fraværet av barns egne perspektiv. Hva er det i følge barnet selv som har representert

de viktigste beskyttelsesfaktorene og som har ført til at det har gått bra? Hva er det som eventuelt har ført til at det ikke har gått bra?

8 Oppsummering - Del II

I denne delen er det drøftet hvorvidt foreldres psykiske vansker kan få konsekvenser for sped- og småbarns omsorgssituasjon, samt hvilke konsekvenser dette kan få både på kort- og langsikt. Innledningsvis ble det redegjort for begrepene psykisk lidelse og psykisk vanske, samt noen sentrale diagnoser. I lys av aktuell forskning, ble det drøftet hvilke risikofaktorer som kan forbindes med foreldres psykiske lidelser og hvordan disse kan mediere deres foreldrefunksjoner og omsorgsutøvelse. Avslutningsvis ble det redegjort for forskning knyttet til resiliens, samt beskyttelsesfaktorer som kan moderere for risikofaktorer. Til sammen har disse kapitlene til hensikt å belyse delspørsmål en som ble presentert innledningsvis i oppgaven. Denne gjengis her; *på hvilken måte kan sped- og småbarns utvikling bli preget av foreldrenes psykiske vanske(r), og hvilke følger kan det få på langsikt?*

Av oppgaven kommer det frem at det er flere måter foreldres psykiske sykdom kan få innvirkning på sped- og småbarns utvikling. Ettersom forskning behandler ulike lidelser ser man at enkelte diagnoser kan få mer alvorlige konsekvenser for barnet enn andre. For eksempel vil omsorgspersoner med lidelsen schizofreni, kunne oppleves som skremmende for et barn. Samtidig vil diagnosen få såpass store innvirkninger på foreldrefunksjonene at det å møte et lite barns behov vil være problematisk.

Barn av psykisk syke foreldre kan defineres som en risikogruppe, der en opphopning av flere risikofaktorer forårsaker en kumulativ effekt. Adopsjons- og tvillingstudier kan dokumentere at mange lidelser har en genetisk komponent som gjør at barn av psykisk syke foreldre er sårbare for å utvikle tilsvarende lidelser selv. Det viser seg imidlertid at denne faktoren alene ikke kan forklare hvorfor barn av psykisk syke foreldre er en risikogruppe. Mange vil i tillegg ha en såkalt biologisk medfødt sårbarhet som følge av miljøet i svangerskapet. Medikamenter og stressfaktorer som kan forbindes med psykiske lidelser vil kunne få innvirkning på fosteret. Diagnosen eller vanskens alvorlighetsgrad, sammen med barnets alder for når sykdommen inntreffer og dens varighet har betydning for barnets omsorgssituasjon.

Forskning tyder på at dess yngre barnet er, desto større er risikoen. Dette handler om hvorvidt foreldrefunksjonene påvirkes av omsorgsgivers psykiske helse og tilstand. Barn av psykisk syke foreldre vil ofte preges av et omsorgsmiljø med lite trygghet, ustabilitet og uforutsigbarhet. Psykisk syke foreldre kan tenkes å ha særskilte utfordringer hva gjelder gode foreldrefunksjoner. Samspillsobservasjoner av mor og barn viser at depresjoner kan begrense

de sentrale foreldrefunksjonene og får således betydning for foreldrenes omsorgsevne. Foreldrene, i tillegg til sine psykiske lidelser, er betinget av egen belastede oppvekstvilkår. Uarbeidede erfaringer sammen med egne ”indre arbeidsmodeller” får innvirkning for omsorgen til egne barn. Slik kan barndommen gå i generasjoner.

Kunnskap om barns utvikling som et resultat av en transaksjonell prosess underbygger betydningen av barnets omsorgsmiljø. Passiv foreldreatferd fører til at barnet ikke har noe samspill å gå inn i. Dette fører til at barnet til slutt resignerer i forhold til å søke sine foreldres oppmerksomhet. Det viser seg at barns følelsesmessige behov er like viktige som deres fysiologiske. Dette støtter antakelsen om at barnets omsorgsmiljø i større grad kan predikere deres utvikling. Svekkede foreldrefunksjoner innebærer at barn av psykisk syke foreldre tidlig risikerer tidlig emosjonell- og sosiomotorisk understimulering, samt avvisning. Dersom dette preger barnets omsorg over lang nok tid kan barn av psykisk syke foreldre være i risiko for å leve under psykisk omsorgssvikt eller vanskjødsel. Dette er mer alvorlig for barn enn annen type omsorgssvikt.

Barn har en helt utrolig evne til å kompensere for dårlig omsorg. Helt ned i spedbarnalder lærer de å tilpasse seg sitt omsorgsmiljø og utvikler såkalte ”overlevelsestrategier”. Selv om disse kan være hensiktsmessige for barnet der og da, viser forskning at de over tid vil kunne gå på bekostning av andre sider ved utviklingen. I verste fall genereres strategien til andre situasjoner hvor dette ikke er hensiktsmessig atferd. Ettersom barn utvikler tilpasningsstrategier allerede i spedbarnsalderen, kan barn som gir uttrykk for å klare seg bra utvikle alvorlige til moderate vansker senere i livet. Som voksne kan de blant annet få utfordringer når det gjelder relasjonsetableringer, forholdet til egne barn og ulik grad av psykiske lidelser. Selv om noen klarer seg bra senere, vil mange vise symptomer og vansker underveis. Dette kan avhenge av tilstedeværelsen av andre tilknytningspersoner, en frisk omsorgsperson eller andre beskyttende- og modererende faktorer som skaper resiliens hos barnet.

Slik det fremkommer av oppgaven er det vanskelig å uttale seg noe konkret om hvilke konsekvenser psykiske sykdom hos omsorgsgivere kan få for barn. Samtidig som mange vil klare seg bra, kan man på bakgrunn av forskning konstantere at barn av psykisk syke foreldre hyppigere utvikler psykiske lidelser selv. De viser også oftere tegn på emosjonelle vansker, samt atferds- og lærevansker. I spedbarnsalder viser de ofte tegn på reguleringsvansker og tilknytningsvansker, samt vansker samspill.

Kort oppsummert får foreldres psykiske lidelse innvirkning på barns utvikling gjennom medierende faktorer som påvirker omsorgspersonenes foreldrefunksjoner og omsorgsutøvelse. Dette avhenger imidlertid av eventuelle modererende faktorer og barnets resiliens. Modererende faktorer kan både være beskyttelsesfaktorer i barnets miljø, og egenskaper ved barnet selv. Konsekvensene foreldres psykiske sykdom kan få for barna er et resultat av et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske- og psykososiale faktorer sett i forhold til eventuelle modererende faktorer. Barn av psykisk syke foreldre er i en risikogruppe der tidlig intervensjon er avgjørende for deres videre utvikling. Det gjelder å forebygge vansker som kan manifestere seg allerede i spedbarnsalder og som tidlig kan få store konsekvenser.

DEL III: TIDLIG INTERVENSJON VED HELSESTASJONEN

9 Identifisering av sped- og småbarn av psykisk syke

For å kunne iverksette tiltak for barn av psykisk syke foreldre på et tidlig tidspunkt er det avgjørende at de blir fanget opp av de som arbeider med sped- og småbarnsgrupper og deres foreldre (Aamodt og Aamodt 2005, Kvello 2006). Helsestasjonene har en viktig rolle fordi de kommer i kontakt med stort sett alle sped- og småbarnsfamilier (Killèn 2006 og 2008, Kvello 2006, Hansen og Jacobsen 2007, Sosial- og helsedirektoratet 2007). Med et slikt unikt utgangspunkt er det avgjørende at helsesøstre vet *hva* de skal se etter, og ikke minst *hvordan* de skal tolke og forstå det de ser. Det vil her diskuteres hvorvidt helsesøstre kan anvende sin posisjon til tidlig å *identifisere* sped- og småbarn av psykisk syke foreldre. På bakgrunn av det foreliggende forskningsmaterialet fokuseres det på kunnskap og kompetanseaspektet, kartleggingsmetoder og til slutt fagpersoners holdninger. Dette er faktorer som kan anses som betingelser for at helsesøster skal kunne identifisere denne risikogruppen på et tidlig tidspunkt (Killèn 2006, Kvello 2006, Sosial- og helsedirektoratet 2007). I så måte legger de grunnlag for de muligheter de har til å arbeide selektivt innenfor et universalt forebyggende tiltak som helsestasjonen (ibid).

9.1 Kunnskap og kompetanse

Det ser ut til at det er spesielt tre områder som kan bli forstyrret dersom spedbarn vokser opp med psykisk syke foreldre; *tilstandsreguleringen*, *samspillet* og *tilknytningen*. Disse vil igjen få innvirkning på barnets nevrobiologiske utvikling. Dette er områder som må ses i lys av barnets omsorgssituasjon, slik vi forstår deres utvikling ut i fra en transaksjonell tilnærming (jfr Sameroff 2000). Sped- og småbarns utvikling kan ikke observeres isolert, da den er et resultat av samspillet mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. For å forstå barns utvikling må man blant annet ha *kunnskap* om risikofaktorens kumulative effekt, samt hvilke beskyttelsesfaktorer som kan kompensere for, eller *moderere*, denne effekten. Ikke minst vil kunnskap om hvordan barn gir uttrykk for mistrivsel og en begynnende skjevutvikling være avgjørende. Kunnskap anses her som den teoretiske og litterære kunnskap en helsesøster har tilegnet seg både i utdannelsen og gjennom praksis. Hvordan dette implementeres og anvendes kan tenkes å utgjøre en del av den faglige kompetansen.

De minste barna har et begrenset og subtile sett av tegn på skjevutvikling (Hansen og Jacobsen 2007). Man kan derfor identifisere barn i risiko uavhengig av de underliggende årsakene til problemene. Regulerings-, samspills- og tilknytningsvansker er risikosignaler som er observerbart og som kan fortelle oss at noe er galt. Dette må vurderes opp mot karakteristika ved foreldre og omsorgsmiljøet generelt. Dersom helsestasjonen skal være en arena for tidlig å identifisere risikoutsatte sped- og småbarn av psykisk syke foreldre er dette kunnskapsområder som er avgjørende for en helsesøster å kunne noe om (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

9.1.1 Helsesøsters kunnskap og kompetanse

I henhold til Rammeplanen og forskrift for helsesøsterutdanningen (1998) (i Glavin og Kvarme 2003) skal studentene etter endt utdanning ha kunnskap om ulike betingelser for god helse, barns vekst og utvikling, samt veiledning av foreldre- barn samspill. Rammeplanen er et nasjonalt styringsmiddel og sikrer et enhetlig innhold i undervisningen på tvers av de ulike utdanningsinstitusjonene. Videre heter det at helsesøstre skal kunne *identifisere barn og unge i risiko* og iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak for disse (ibid).

Ut i fra fagplanen og beskrivelser av helsesøsterutdanningen kan man hevde at helsesøstre etter endt utdanning har grunnleggende kunnskap om barns utvikling, og at de har kompetanse til å vurdere hvilke barn som befinner seg i en risiko. Hansen og Jacobsen (2007) henviser i sin kunnskapsrapport til flere undersøkelser der helsesøstre imidlertid sier at de opplever å ha lite kunnskap om hvordan de kan identifisere barn av psykisk syke foreldre, og at de ønsker mer kunnskap om blant annet risikofaktorer og reguleringsvansker, samt vansker som er knyttet til barns nære relasjoner. TNS Gallup utførte i 2003 (i Hansen og Jacobsen 2007) en undersøkelse der de intervjuet 2600 helsesøstre i forbindelse med sped- og småbarnsarbeid. 1200 svarte at det var meget, eller ganske vanlig at de i løpet av en to ukers periode hadde avdekket symptomer og vansker hos barn i alderen null til fem år. På den andre siden var det 62 prosent som gav uttrykk for at de hadde et stort behov når det gjaldt *hvordan* de skulle identifisere psykiske vansker hos barn. Funnene kan sammenlignes med en kartleggingsundersøkelse utført av Helse Bergen (i Hansen og Jacobsen 2007) der svært mange helsesøstre mente at utdannelsen de hadde ga tilstrekkelig kunnskap om risikofaktorer, og at de hadde middels god til god fagkunnskap om blant annet reguleringsvansker, samt vansker knyttet til etablering av kontakt. Imidlertid ble det uttrykt at de ønsket *mer kunnskap*

på dette området, og at de hadde behov for *økt kompetanse* på områder som utviklings- og tilknytningsforstyrrelser (ibid).

I takt med Regjeringens opptrappingsplan og fokuset på barns psykiske helse arrangeres det både kurs, seminarer og forelesninger for fagfolk som jobber med barn og deres familier (Sosial- og helsedirektoratet 2007, RBUP). Slike tiltak har til hensikt å øke oppmerksomheten rundt disse barnas vansker og utfordringer, samt øke fagfolks kunnskap og kompetanse (jf. RBUP). Det har i tillegg vært en økning i videre- og etterutdannelser, og utdanningskapasiteten har økt blant helsearbeidere (Brofoss og Larsen 2009). Videre er helsearbeideren pålagt å holde seg faglig oppdatert i forhold til deres fagfelt og arbeidspraksis på helsestasjonen. Dette kommer av helsepersonelloven, § fire (1999). Dette innebærer at etter- og videreutdanning, forskning og fagutvikling er nødvendig når man arbeider innenfor primærhelsetjenestene. Helsepersonelloven skal sikre faglig forsvarlighet da helsearbeideren må tilegne seg ny kunnskap og følge med i utviklingen innen sitt fagområde (Gavlin og Kvarme 2003). Det er kommunens ansvar å tilrettelegge for dette (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Når helsesøsterutdannelsen gir helsearbeiderne kunnskap i å identifisere barn i risiko, og de i tillegg har adgang til kurs og seminarer som retter seg mot spesifikke risikogrupper, kan man undre seg over at helsesøstre likevel sier at de har behov for *mer* kunnskap på dette området. Er det kvaliteten og omfanget av utdannelsen, og/eller er det andre forhold som kan forklare det som kan ses som et gap mellom kunnskap og praksis?

9.1.2 Implementering av kunnskap og kompetanse

Først og fremst er helsestasjonen et tilbud til hele befolkningen gjennom å være et universalt forebyggende tiltak. Dette innebærer at helsesøstre blant annet skal ha kunnskap om befolkningens helse og ernæring, barns vaksinasjonsprogrammer og somatiske barnesykdommer (Glavin, Helseth og Kvarme 2007). Helsesøsters arbeidsområder har gjennomgått store endringer, og som ansatt møter man sammensatte problemer og utfordringer (ibid). Psykososiale problemer hos voksne og barn har fått større plass både i utdanningen og på helsestasjonen og det stilles således store krav til helsesøsters kompetanse på mange og omfattende områder (ibid).

Kunnskap om hvordan uheldige samspill kan arte seg gjør det mulig å tidlig identifisere barn som er i risiko. Et slikt perspektiv innebærer at man nødvendigvis ikke trenger å vite hvorvidt omsorgspersonen har en psykisk lidelse eller ei. Dersom sped- og småbarn av psykisk syke foreldre ikke får adekvat omsorg, vil man kunne observere dette ved å identifisere tegn ved barnet og i relasjonen. I følge Stern (2000) utgjør vansker knyttet til foreldre og barn en ”ny klinisk populasjon” som må møtes annerledes enn andre individer og grupper av klienter. Den nye kliniske klienten er *relasjonen* mellom barnet og sine omsorgsgivere, og eventuelle vansker kan ikke isoleres til en av relasjonens deler. Når det gjelder sped- og småbarn av psykisk syke foreldre er det et samspill mellom medierende faktorer og modererende faktorer som får konsekvenser for relasjonen og som igjen får konsekvenser for barnets utvikling.

Begrepet ”forstyrrede samspill” og Sterns klientbegrep kan tyde på at mangelen på identifisering av sped- og småbarn av psykisk syke foreldre, henger sammen med andre forhold enn mangel på kunnskap. Det kan handle om utfordringer i forhold til å *implementere* sentral kunnskap i praksis, og ikke et eventuelt kunnskapstørke. Dette kan også forklare det eksisterende gapet mellom kunnskap og praksis på dette området, slik Aamodt og Aamodt konkluderer med i sin rapport (2005). Dette til tross for økt fokus på barn av psykisk syke foreldre. Nettopp fordi spedbarn har et begrenset repertoar når det gjelder tegn på vansker, kan helsesøstre anvende den kunnskapen de faktisk har om barns utvikling til også å identifisere denne risikogruppen. Det kan også tenkes at utfordringen ligger i ens *opplevelse* av egen kompetanse. Helsestasjoner i Oppegård Kommune deltok i et prosjekt der fokuset særlig omhandlet forebygging av psykososiale vansker som en risiko for barnets utvikling, samt omsorgssvikt (Brevik 2001). Målet var at helsesøstrene skulle kunne støtte og styrke foreldrene i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn. I regi av Killèn gjennomgikk de blant annet et kompetansekurs der det ble tatt opp temaer som omhandlet universal- og selektiv forebygging i lys av helsestasjonenes ansvarsområder. De gjennomgikk grunnleggende teorier om tilknytning og samspill, samt fagfolks forsvarsmekanismer som kan være til hinder for vurderinger og handlinger. I evalueringen av prosjektet ett år senere kunne helsesøstrene fortelle at de i større grad stolte på egne vurderinger, og at de var mer åpne og direkte med foreldrene i forhold til egne bekymringer og vurderinger. Videre var de mer bevisste i forhold til bruk av kunnskap om samspill og tilknytning under konsultasjoner med familier.

Dette prosjektet kan peke i retning av at det ikke er tilstrekkelig med kun kunnskap og kompetanse fokusering. For at helsesøstre, og andre fagfolk, skal kunne identifisere tegn på at barn er i risiko, bør de trygges på at den kunnskapen og kompetansen de allerede har ofte er god nok. Det kan handle om å bevisstgjøre de på hvordan kunnskapen kan implementeres i praksis. Det kan tenkes at Killèn, med sin anerkjennelse på fagfeltet, har fungert som en støtte og en veileder for helsesøstrene i prosjektperioden, noe som har styrket helsesøstrenes profesjonelle selvfølelse. Et viktig spørsmål å stille er hvordan et økt fokus på spesifikke risikogrupper kan overskygge den grunnleggende kunnskapen vi faktisk har om sped- og småbarn og på den måten føre til en opplevelse av inkompetanse?

Helsesøstres grunnleggende kunnskap om utviklingspsykologi, risikofaktorer og barns betingelse for god helse bør kunne gjøre de i stand til å identifisere barn i risiko, også barn av psykisk syke foreldre. Deres kliniske erfaringer med sped- og småbarnsfamilier vil også kunne legge føringer for hvilke barn de bør bekymre seg for. Det er utarbeidet flere metoder og kartleggingsverktøy som på bakgrunn av systematiserte observasjonsmetoder har til hensikt å kartlegge barns utvikling. Dette er verktøy man kan tenke vil hjelpe helsesøstre til å bli mer sikre på sine vurderinger.

9.2 Kartlegging av sped- og småbarn i risikosoner

I tillegg til grunnleggende kunnskap om sped- og småbarns utvikling har helsesøstre ved helsestasjonene ulike strategier for å identifisere utviklingsvansker, problemer, atferd, relasjoner eller sykdom (Glavin 2007). Dette kan i følge Erdal (2007) og Glavin (2007) være screening, observasjonsmetoder, klinisk identifisering og bruk av ulike kartleggingsverktøy. Til sammen kan man tenke at disse bidrar til å styrke helsesøsters kompetanse knyttet til det å identifisere sped- og småbarn i risiko. Spørsmålet blir således hvordan disse kan anvendes ved helsestasjonen, samt under hvilke betingelser.

9.2.1 Metoder og kartleggingsverktøy

Utvikling av metoder som har til hensikt å avdekke barn med høy risiko for utviklingsavvik anses fortsatt som et område som har vært lite prioritert ved førstelinjetjenestene (Sosial- og Helsedirektoratet 2004, Glavin 2007). Lite forskning og utviklingsarbeid er gjort på dette området, og det eksisterer derfor få gode metoder og instrumenter som kan identifisere

risikotegn tidlig (ibid). Som en del av oppfølgingen av Opptrappingsplanen for psykisk helse utarbeidet Nasjonalt kunnskapssenter en rapport der formålet var å kartlegge metoder som kan brukes ved helsestasjonen for en systematisk avdekking av barn i høy risiko for utviklingsavvik i aldersgruppen 0-6 år (Krystyna 2005). Rapporten konkluderer med at dette området er uoversiktlig, og at de metodene som brukes varierer fra region til region. Videre konkluderes det med at det kun er tilfeldigheter som avgjør bruk av en metode fremfor en annen. Kunnskap om metoder annet enn de som var tilgjengelige ved egen arbeidsplass virker også mangelfull (ibid).

Kartleggingsverktøy og instrumenter har en utfordring i forhold til reliabilitet og validitet, og det er relativt få valideringsstudier som kan bekrefte om metodene er tilfredsstillende (Krystyna 2005, Hansen og Jacobsen 2007). Det stilles strenge krav til blant annet innføring av screening- undersøkelser, og få anbefales av den grunn til bruk ved helsestasjonene (Glavin 2007). I rapporten til Nasjonalt kunnskapssenter ble det i tillegg vurdert en del metoder som enda ikke er i bruk i Norge (Krystyna 2005). Fordi svært få er oversatt til norsk og prøvd ut under norske forhold, konkluderes det i rapporten med at metodene ikke tilfredsstiller kriterier for kartleggingsverktøy og populasjons- screening i Norge (ibid). At helsesøstre ikke anvender screeningsverktøy og andre metoder systematisk ved kartlegging, slik det kommer frem i undersøkelsen av Helse Bergen, er derfor kanskje ikke så vanskelig å forstå.

I tillegg til rent forskningsmessige årsaker til at metodebruk ses som et utfordrende område ved helsestasjonene, er det også faktorer som av rent praktiske årsaker kan gi ytterligere utfordringer. Blant annet er det flere metoder som krever sertifiseringer og spesialistutdannelse (Krystyna 2005). Det er derfor tilfeldig hvilke metoder som kan anvendes ved ulike helsestasjoner fordi kompetansen varierer. Med tanke på de ressurs- og tidsbegrensninger som det ofte er ved Norske helsestasjoner kan det også være nærliggende å tenke at mange metoder blir for omfattende, kostbare og krevende (Glavin 2007). På den andre siden kan manglende bruk av kartleggingsmetoder føre til utfordringer fordi det stilles økende krav til personellet ved helsestasjonene om å avdekke nettopp utviklings- og relasjonsvansker, samt iverksette tiltak i forhold til disse problemområdene (ibid). Her står man ovenfor et dilemma og et stort tankekors. På den ene siden har økt kunnskap om barns utvikling ført til et økende behov for forebygging ved helsestasjonene. Helsesøstre stilles derfor ovenfor økt krav i forhold til kunnskap, kompetanse og ferdigheter knyttet til bruk av

metoder og kartleggingsverktøy. På den andre siden er dette områder som krever mer ressurser både i form av tid, penger og personell samt forskning på effekt av tiltak som iverksettes av universale og selektive tiltak ved primærhelsetilbudene. Dette er områder som det fortsatt er satset lite på og er en mangel ved Opptappingsplanen (Glavin 2007, Sosial og Helsedirektoratet 2007, Brofoss og Larsen 2009). Er det andre tilnærmingemetoder helsesøster med utgangspunkt i sin kunnskap og kliniske erfaring kan tenkes å benytte seg av som kan avdekke risiko og utviklingsvansker?

9.2.2 Klinisk identifikasjon

I følge Erdal (2007) er klinisk identifikasjon, eller observasjon, kanskje den viktigste arbeidsmetoden ved helsestasjonene. Dette er en metode som innebærer at helsesøster knytter det som observeres til tidligere erfaringer med barnet og familien, samt til informasjon som tidligere har kommet frem under samtaler og undersøkelser, herunder under graviditeten (ibid). Dette kan blant annet handle om samspillsobservasjoner og samtaler med gravide og deres partnere knyttet for eksempel til det intuitive foreldreskapet og ”indre arbeidsmodeller”. Ved å anvende sin kompetanse knyttet til samspill, utvikling og risikofaktorer er klinisk identifikasjon en tilnærming som kan anvendes av helsesøster til å identifisere barn i risiko.

Det første møtet med familien er som regel ved hjemmebesøk (Fagerlund 2007, Hjälmhult 2009). I de fleste norske kommuner er dette en innarbeidet rutine ved helsestasjonene og er et frivillig tilbud familien skal motta innen to uker etter fødselen. Helsesøsters mulighet for hjemmebesøk anses som en unik mulighet til å bli kjent med barna og deres omsorgspersoner. Det gir også helsesøster et innblikk i barnets omsorgsmiljø- og betingelser gjennom å observere blant annet samspill og omsorgspersonenes emosjonelle tilgjengelighet. Klinisk identifikasjon er tilnærmingemetoder som har til hensikt å kartlegge og forebygge vansker hos barn og deres familier (Fagerlund 2007). Sosial og Helsedirektoratet (2004) har utarbeidet en liste over anbefalte undersøkelser som helsesøster kan benytte seg av under hjemmebesøket. Det inkluderer blant annet gjennomgang av familieanamnese, svangerskap og fødsel. Helsesøster skal også kunne vurdere barnets atferd og kontakt og gi veiledning i forhold til blant annet samspill og foreldrerolle (ibid). Gjennom denne tilnærmingemetoden har helsesøster en unik mulighet til tidlig å identifisere barn i risiko, som for eksempel barn av psykisk syke foreldre. I oppgavens første del ble det redegjort for hvordan foreldrerollen kan påvirkes når man har en psykisk sykdom. Dette kan handle om å observere foreldre som ikke

ser barnets behov og som er lite sensitive. Dette er faktorer som bør ”skurre” i helsesøsters øyne og som kan føre til bekymring. Barn viser tidlig tegn på mistriksel, og observasjoner av barnet vil også kunne være gjenstand for bekymring.

Forskningsmaterialet det er gjort rede for peker på barn av psykisk syke foreldre, til tross for sårbarhets- og risikofaktorer, i mange tilfeller klarer seg bra uten å utvikle lidelser eller andre vansker. Dette innebærer at når man som helsesøster skal søke å identifisere barn i risiko må man vurdere disse opp mot familiens- og barnets ressurser og beskyttelsesfaktorer.

Forebygging handler ikke bare om å minske effekten av eventuelle risikofaktorer (Skerfving 2005). Man er også nødt til å fremheve faktorer som kan bidra til en positiv utvikling, og som kan ha en modererende effekt (ibid). Det kan handle om gode omsorgsbetingelser, modererende faktorer og/eller barnets egenskaper. Dette er informasjon helsesøster får både gjennom å observere familien og i samtaler. Selektiv forebygging handler om å se familiens behov og individualisere tiltak som for den enkelte familien kan være aktuelle (Skerfving 2005). Hjemmebesøk og klinisk identifisering kan tenkes å være gode tilnæringsmetoder.

Kunnskap og gode tilnæringsmetoder er to faktorer som er nødvendige for å kunne identifisere barn i risikosoner, og som viser tegn på mistriksel. Man må vite hva man skal se etter, og man må ha tilgang til effektive metoder for å komme i en posisjon. Dette er imidlertid faktorer som nødvendigvis ikke er tilstrekkelige dersom man ønsker tidlig identifisering barn av psykisk syke foreldre. Etter som foreldrenes psykiske sykdom er en risikofaktor som medieres gjennom deres foreldrefungering, vil *identifisering av sårbare foreldre* kunne tenkes å være en innfallsvinkel for tidlig å identifisere barna. I det følgende diskuteres utfordringer knyttet til det å snakke med foreldre om vanskelige temaer. Fagfolks holdninger kan skape en barriere i forhold til å identifisere barna på et tidlig tidspunkt.

9.3 ”Man må våge og spørre!”

Helsesøstre som deltok i Helse Bergens undersøkelse (jfr Hansen og Jacobsen 2007) informerte om at de kun ved få anledninger innhentet informasjon fra omsorgsgivere angående deres psykiske helse. Videre opplyste flere at det å tematisere vansker ved omsorgen opplevdes som utfordrende dersom omsorgspersonen selv ikke tok det opp med helsesøsteren. Selv i tilfeller der helsesøster observerte tydelige tegn på uheldige samspill, opplevde de at det var vanskelig å ta det opp med foreldrene (ibid).

Handler dette om at man selv er redd for å stå i en vanskelig posisjon til foreldrene? Kan egne beskyttelsesmekanismer tenkes å innsnevre mulighetene helsesøstre blant annet har for å identifisere sped- og småbarn av psykisk syke foreldre? Et av målene i Opptappingsplanen for psykisk helse har vært å bryte med tidligere holdninger og få samfunnet til å bli mer åpen om psykiske lidelser (St.prp.nr.63(1997-1998)). I evalueringsrapport av Opptappingsplanen konkluderes det med at målet om åpenhet fortsatt er langt unna, og at psykisk helse fortsatt er noe man holder skjult for resten av samfunnet (Brofoss og Larsen 2009). På den andre siden har befolkningens holdninger knyttet til psykisk helse gått i positiv retning, og man anser ikke lenger det å ha en psykisk lidelse som stigmatiserende.

Dersom fagfolk som møter denne gruppen likevel unngår å snakke om psykisk helse, kan foreldrenes utfordringer hva gjelder foreldrerollen bli uavklart og barna kan tenkes å forbli ”usynlige”. I følge Drugli (2008) viser erfaring at fagfolk er flinke til å se de risikoutsatte barna, og de er flinke til å oppdage de tidlig, men at de er redde for å gjøre noe galt.

Helsesøstre opplever, som tidligere nevnt at de ikke har nok kunnskap for å kunne identifisere risikobarn, og at de har behov for mer kompetanse på dette området. Kan dette handle om en usikkerhet og redsel for å trå feil? Erfaringsmessig er slike holdninger imidlertid stikk i strid med foreldres egne holdninger til egen psykisk helse og foreldrerolle (Halsa 2001, Trymbo og Mevik 2002, Stallard et.al 2004, Rimehaug, Børstad, Helmersberg og Wold 2006). Foreldre som opplever omsorgen for sitt barn som vanskelig og at de selv ikke strekker til, trenger fagfolk som tør å spørre og som de kan snakke med (ibid). Foreldrene Stallard (2004) intervjuet i sin studie av voksenpsykiatrien var i de fleste tilfeller klare over den påkjenningen deres psykiske helse kunne få for deres barn. De var redde for hvordan de ville kunne påvirke deres barn senere. Denne undersøkelsen viser at foreldre til tross for psykisk sykdom kan ha innsikt i sin situasjon, og at de ønsker det beste for sine barn. Barrieren ligger ikke hos foreldrene, slik fagfolk tradisjonelt har tenkt (Trymbo og Mevik 2002). Undersøkelser fra for eksempel voksenpsykiatrien viser også at ansatte ofte kvier seg når det gjelder å snakke med pasienten om deres foreldrerolle (Grinde 2004). Stallard (2004) identifiserte flere faktorer som ble tolket som barrierer i forhold til å iverksette tiltak til barn av psykisk syke foreldre. Blant annet viste fagpersonalet angst og usikkerhet i forhold til å ta opp barnas behov med foreldrene. Barns behov ble ansett som et tema som kunne forverre foreldrenes tilstand, og ble derfor unngått (ibid). Dette kan handle om de ansattes opplevelse av at det er foreldrene som er deres primære ansvar, og at deres barn derfor ikke faller under deres mandat. Helsesøstre som i utgangspunktet skal ha et mer familieorientert perspektiv skiller seg derfor fra denne

yrkesgruppen. Som ansatte ved helsestasjonen har helsesøstre et ansvar spesielt for barnets helse og innebærer at man noen ganger er nødt til å ta opp vanskelige temaer som omhandler omsorg, psykisk helse og foreldrerollen (Drugeli 2008). Å identifisere barna handler om å identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer. Vurdering og samtaler rundt foreldres psykiske helse inngår således som et ansvarsområde ved helsestasjonene (Halsa 2001, Jarlsbo og Tennfjord 2006). Gjennom å snakke med foreldrene kan man kanskje nå barna på et tidligere tidspunkt.

En slik tilnærming kan tolkes som en kontrast til tilnærminger som kun handler om barnets atferd og signaler på mistriivsel. Når man ensidig anvender barna som identifiseringsholdepunkter, er man nødt til å "vente" til symptomene manifesterer seg. Som helsesøster Utvik (i Jarlsbro og Tennfjord 2006) uttrykker det; "veldig mye handler rett og slett om å våge og bry seg!". Hun står for en opplæringsplan rettet mot de voksnes hjelpere som har til hensikt å lettere nå barna (ibid). Det handler om å jobbe med *hvordan* man kan bry seg, og hvordan det kan komme til uttrykk. Å ha kunnskap om foreldres egne ønsker og behov kan tenkes å lette den byrden fagfolk ser ut til å ha når det gjelder å ta opp temaer som de anser som vanskelige. Bærum Kommune arrangerer kurs i hvordan ansatte i helse- og sosialtjenesten kan snakke med foreldre med psykiske lidelser og om deres foreldrerolle- og fungering (Aamodt og Aamodt 2005). Også ved poliklinikken i Porsgrunn blir det arrangert grupper for foreldre i egenskap av å være foreldre (ibid). Tiltaket inkluderer også den ikke-syke forelderen. Det er en familieterapeut som spesielt har ansvar for å ha fokus på foreldrerollen. Det er interessant at de fleste av foreldrene som har fått tilbudet under behandling på poliklinikken har takket ja, og kurset er evaluert utelukkende positivt av deltakerne. Foreldrene har selv vært bekymret for sin foreldrefungering og sier de er svært takknemmelige for tilbudet (ibid).

Når man som helsesøster identifiserer risikofaktorer, som for eksempel foreldres psykiske helse, kan man oppleve det som vanskelig (Killèn 2000). Dette kan handle om det faktum at det for enhver av oss, herunder fagpersoner, kan være vanskelig å ta inn over seg at noen barn lever under mindre optimale betingelser. Man kan også oppleve at man ved å ta opp temaer som handler om omsorgspersoners egen rolle som foreldre, står i fare for å bryte tilliten en har opparbeidet seg med familien (Killèn 2000, Drugli 2008).

9.3.1 Relasjoner bygget på tillitt og nærhet

Killèn (2000) hevder at en av årsakene til at fagpersoner kan oppleve enkelte temaer som vanskelige å ta opp med foreldrene, kan handle om deres redsel for å miste tilliten foreldrene har til dem, og at foreldrene skal trekke seg tilbake. Kvaliteten av den profesjonelles forhold til foreldrene og barnet er, i følge Stern (2000), hovedingrediensen i en vellykket intervensjon særlig knyttet til sped- og småbarnsfamilier. Samtidig som helsesøsters relasjon til familien vil være et godt utgangspunkt for å kunne ta opp vanskelige temaer, kan helsesøster oppleve det vanskelig, fordi hun kanskje er redd for å ødelegge nettopp denne relasjonen ved å ta opp noe som kan oppleves sårende og krenkende. I forelderrollen er de fleste foreldre sårbare og den minste kommentar som kan oppfattes som negativt, kan utløse forsvarsposisjoner hos foreldre (Killèn 2000).

Røkenes og Hansen (2006) skiller mellom begrepene ”det personlige” og ”det private” i den profesjonelles rolle. Dette er et viktig skille når man som profesjonell, her helsesøsteren, møter en bruker, her omsorgspersoner (Killèn 2000, Røkenes og Hansen 2006). Man kan som profesjonell være personlig innen for sin yrkesrolle, men blir man privat kan det skape uklare og urealistiske forventninger hos brukeren. Helsesøstre har en særskilt posisjon når det gjelder familiearbeid. De jobber ved et lavterskeltilbud, og de fleste familier føler at helsestasjonen er et trygt sted å henvende seg (Glavin og Kvarme 2003). Man kan tenke at dette er utfordrende for helsesøstre i de tilfeller der de opplever å være bekymret for et barn og omsorgspersonenes foreldrefunksjoner. For eksempel er hjemmebesøk en unik mulighet for helsesøstre og lettere komme inn på familien og det nyfødte barnet. Samtidig er dette en tilnærming som kan foregå i en kontekst som oppleves både intimt og personlig fordi man møtes på familiens arena. Ved å bruke begrepene ”det personlige” og ”det private” kan man tenke at dette skillet blir mer uklart under visse betingelser. På den andre siden kan et godt samarbeid karakteriseres som en relasjon der alle parter våger å være seg selv. Dette innebærer at helsesøster ikke kan skjule seg bak sin yrkesrolle i frykt for å bli for private.

Et annet dilemma som kan få innvirkning på helsesøsters relasjon til foreldrene er hvorvidt de føler at de bryter taushetsplikten dersom de opplever å være bekymret for barnet og foreldrenes omsorg. Taushetsplikten har til hensikt å beskytte klienten slik at han eller hun skal føle seg trygge på at det de forteller forblir mellom dem og fagpersonen (Røkenes og Hansen 2006). Samtidig som helsestasjonen er en institusjon der foreldre skal kunne være åpne om sine utfordringer og vansker, er det også et sted der fagpersonellet er nødt til å

vurdere den informasjonen de får i forhold til hva som er best *for barnet* (Salomonsen og Solum 2008). Dette innebærer at de i henhold til den generelle meldeplikten melder sin bekymring til barnevernet fordi helsesøster vurderer barnets omsorgssituasjon som såpass alvorlig at veiledning ikke er nok. Å være åpne for å bedre barns omsorgssituasjon, handler enkelte ganger å være åpne for alternative løsninger (Kolbjørnsrud 1999). I slike tilfeller kan det oppstå dilemmaer der helsesøster står i en ubehagelig situasjon, og foreldrene kanskje føler at de har brutt deres tillit. I det forebyggende arbeidet er det imidlertid slik at tidlig intervensjon kan handle om at barnet bør plasseres i et annet hjem og at dette er den beste løsningen for barnet. Noen psykiske lidelser, som for eksempel schizofreni, vil i seg selv være en avgjørende risikofaktor som hos helsesøster bør utløse en reaksjon og handling. Selv om helsestasjonen har et familieorientert perspektiv der mye av det forebyggende arbeidet vil handle om å styrke omsorgspersoners foreldrerolle skal de også arbeide ut i fra hva som er best for barnet (Kolbjørnsrud 1999).

Relasjonen mellom en forelder og helsesøster er i utgangspunktet komplementær der rollene er ulike (Røkenes og Hansen 2006). Helsesøster er hjelperne, mens forelderen er den hjelpesøkende. I en slik relasjon oppstår det bånd, tilknytning og avhengighet, noe som kan oppleves sterkt hos enkelte brukere. Bruk av meldeplikt eller spørsmål som oppleves truende, kan derfor bryte tilliten klienten har opparbeidet seg helsesøsteren. Som undersøkelser imidlertid viser kan opplevelsen av å bryte denne tilliten ofte henge sammen med den profesjonelles egne barrierer, og ikke nødvendigvis foreldrenes (Halsa 2001, Trymbo og Mevik 2002, Stallard et.al 2004, Kvello 2006). Dersom helsesøster får kjennskap til foreldres holdninger samt har tilgang til kurs som omhandler hvordan man kan snakke med foreldre, kan sped- og småbarn av psykisk syke foreldre identifiseres tidligere.

10 Tidlig intervensjon for sped- og småbarn av psykisk syke foreldre

Det er forsket lite på tidlig intervensjon og forebyggende arbeid når det gjelder sped- og småbarn av psykisk syke foreldre (Beardslee, Phyllis, Salt, Versage og Wright 1996, Seifer og Dickstein 2000, Murray et.al.2003, Aamodt og Aamodt 2005, Mordoch og Hall 2006, Hansen og Jacobsen 2007). I møte med familier der både barnet og foreldrene har spesielle behov er man imidlertid nødt til å tenke mer tilpassede tiltak enn hva universal forebygging innebærer (Killèn 2000). Det er ofte innenfor det universalforebyggende arbeidet at behovet for selektivt forebyggende arbeid viser seg (ibid). Spørsmålet er hvordan man ved helsestasjonene kan forebygge for sped- og småbarn av psykisk syke foreldre som er en sårbar risikogruppe, og hvilke tilnærminger som kan benyttes innenfor helsestasjonens rammebetingelser. Hansen og Jacobsen (2007) hevder at mange av de samme intervensjonstilnærmingene kan være aktuelle fordi sped- og småbarn har et begrenset sett av tegn på skjevutvikling. Intervensjon vil nesten alltid rette seg mot *relasjonen*, uavhengig av type vanske (ibid). Psykisk sykdom er det en risikofaktor som kan medføre utfordringer knyttet til foreldrenes omsorgsutøvelse. Økt kunnskap om betydningen av det tidlige samspillet har gitt økt fokus på foreldrerollen og hvordan man gjennom å støtte og styrke denne kan bidra til barnets utviklingsprosess på et tidlig tidspunkt i livet.

I det følgende vil det først og fremst tas tak i de tilbudene som allerede eksisterer ved helsestasjonene i dag og drøfte hvorvidt disse kan tenkes å dekke behovene til sped- og småbarn av psykisk syke foreldre. En utfordring kan tenkes å ligge i deres vurdering hvor mye av det selektive arbeidet som faktisk kan utføres ved helsestasjonen, og når familiens behov krever mer omfattende tiltak.

10.1 "Graviditetens muligheter"

Tidlig intervensjon, slik begrepet er definert i denne oppgaven, handler om å gi hjelp på et *tidlig tidspunkt* i barnets liv (j fr 3.1). Flere peker på den muligheten man har til å forebygge allerede under svangerskapet (Bjørneboe 2006, Killèn 2006, Salomonsen og Solum 2008, Karevoll og Mathiesen 2009). Folkehelseforsker Karevold (Karevold et.al 2009) har forsket på hvordan miljøforhold rundt barnet kan innvirke på symptomer på psykiske vansker helt fra

spedbarnsstadiet. I en artikkel i Aftenposten (Moe og Westerveld 2009) sier Karevold at deres funn viser at det er ekstra viktig å forebygge for psykiske lidelser tidlig. Videre sier hun at dette kan gjøres allerede under svangerskapet ved å kartlegge morens psykiske helse og hvorvidt hun har symptomer på depresjon og angst.

I følge Brodèn (2004) kan man, ved å kjenne til den tidlige relasjonsutviklingen mellom foreldre og barn, forebygge tidlige relasjonsvansker allerede under graviditeten. Dette er en tilnærming som handler om å iverksette tiltak både *før* barnet har utviklet en vanske og på et *tidlig tidspunkt*. Å forbygge under graviditeten hviler på en antakelse om at man gjennom å hjelpe og støtte foreldrene i en tidlig fase forebygger for det ufødte barnet. Utgangspunktet for en slik tilnærming er at foreldre kan *mediere* endringer for deres barn (Sweet og Appelbaum 2004).

Sterns (2000) antakelse om intervensjonens ”ports of entry” innebærer at det finnes flere innfallsvinkler (”ports”) dersom man ønsker å forebygge forstyrrede relasjoner mellom barnet og omsorgsgiver. Fordi det er relasjonen som er i fokus vil endring på et område få innvirkning på hele relasjonen. Hvilken innfallsvinkel man velger er av lite betydning (ibid). En innfallsvinkel hevder Stern å være gjennom arbeid med foreldrenes holdninger til barnet. Selv om hans teori først og fremst gjelder intervensjon knyttet til samspill når barnet er født, kan man også tenke at det er ulike innfallsvinkler til endring under graviditeten. Å forebygge for relasjonsvansker allerede på dette tidspunktet innebærer å få innsikt i foreldrenes tanker og forberedelser knyttet til det ufødte barnet og således forebygge for samspills- og tilknytningsvansker før barnet er født. For helsesøstre vil utfordringen ligge i hvordan de kan identifisere psykisk syke foreldre og hvilke teoretisk grunnlag som kan anvendes i et slikt forebyggende arbeid.

10.1.1 ”Moderskapet” og ”det intuitive foreldreskapet”

I følge Winnicott (2000) utvikler en gravid kvinne det han kaller ”*primær moderlig opptatthet*”. Dette kommer til uttrykk allerede under svangerskapet og vedvarer etter fødsel, gjennom den naturlige kommunikasjonen som oppstår mellom mor og barn (ibid). Forstyrrelser knyttet til den moderlige opptatthet kan utgjøre en risiko for morens såkalte prenatale tilknytning. Dette vil kunne få følger for relasjonsdannelsen mellom omsorgsgiver og det nyfødte barnet (ibid). På samme måte som spedbarn søker sine omsorgsgiveres

oppmerksomhet, søker også foreldrene øyenkontakt med barnet (Brodén 2004). Dette kan anses som et innebyggt atferdsmønster som i samspill med barnet opprettholder en relasjon, og ikke minst trygghet. Den primære moderlige opptatthet utgjør, i følge Brodén (2004), en del av foreldreskapet som de fleste av oss intuitivt utvikler under graviditeten. Vi kan snakke om "*den prenatale tilknytningen*" som en mor, og far, utvikler før barnet er født, og som legger grunnlag for den senere tilknytningen som utvikles etter barnets fødsel.

Dersom helsesøster tar utgangspunkt i disse begrepene vil manglende tanker om barnet og foreldreskapet være faresignal som kan henge sammen med en kvinnens manglende psykologiske forberedelse (Brodén 2004). Foreldrenes forhold til egne foreldre og oppvekst, psykososiale sårbarhetsfaktorer og barnets temperament er alle faktorer som kan få innvirkning på det intuitive foreldreskapet. Spesielt førstegangs fødende viser glede knyttet til barnet i magen og er opptatte av deres helse og utvikling (ibid). Dersom slike tegn uteblir, kan man tenke at det er behov for ekstra oppfølging. I følge Brodén (2004) vil kunnskap om hvordan et normalt forløp i graviditeten bør se ut hjelpe helsesøster til å kunne oppdage risikofylte svangerskap, uavhengig om dette er snakk om psykisk sykdom, rus etc. En erfaren helsesøster skal kunne registrere reaksjoner fra mor i svangerskapet som gjør at spørsmålet rundt psykisk helse vil melde seg (Killén 2000). Å våge og spørre vil være nødvendig, slik at den gravide kan snakke åpent om sine vansker og behov. Da vil man gjennom å jobbe med kvinnens og mannens psykologiske forberedelse legge grunnlag for deres relasjon til barnet, og på den måten gi familien en bedre start.

Helsestasjonene tilbyr gravide og deres partnere både helseundersøkelser, svangerskapskontroll og *rådgivning* med oppfølging/henvisning ved behov (Sosial- og Helsedirektoratet 2004). Svangerskapskontrollen bør innebære en vurdering i forhold til om det foreligger *særskilte risikoforhold* for den gravide (ibid). I tillegg tilbys det opplysningsvirksomhet og samlivs- og foreldreveiledning. Helsesøstre har en unik mulighet til tidlig å komme i samarbeid med den gravide og hennes partner, og kan tidlig identifisere risikofylte svangerskap.

Foreldres egne belastede oppvekstsvilkår lagres i deres indre arbeidsmodeller. Disse legger føringer for deres omsorgsutøvelse, og er en innfallsvinkel det kan jobbes med under graviditeten som et forebyggende tiltak til risikofamilier. Forstyrrede eller ubearbeidede modeller kan også være en måte å identifisere foreldre som befinner seg i en risiko.

10.1.2 "Indre arbeidsmodeller"

I teorien om "ports of entry" (jfr Stern 2000) vil interaksjonen mellom barnet og foreldrene kunne endres gjennom å endre foreldrenes atferd og holdninger til barnet. Dette kan blant annet gjøres gjennom å snakke med foreldrene om deres egne "indre arbeidsmodeller".

Hensikten er å forsterke foreldrenes innsikt i forhold til hvordan erfaringer fra egen barndom kan påvirke omsorgen de utøver for egne barn (Erickson, Korfmacher og Egeland 1992).

Dagens kunnskap om tilknytning har bekreftet betydningen av å gjennomgå egen oppvekst og oppdragelseshistorie (ibid). Gjennom samtaler med foreldrene om egen barndom, som ofte ubevisst påvirker deres foreldrefunksjoner, kan helsesøster endre omsorgspersonens omsorgsevne og relasjon til barnet (Fraiberg 1975). Indre arbeidsmodeller representerer "spøkelser fra fortiden" som bør bearbeides og aksepteres, slik at ulykkelige barndommer som har gått i generasjon kan snu. Dersom det aksepteres at foreldres fortid vil påvirke deres fremtid med egen barn, vil det være naturlig å begynne med deres indre arbeidsmodeller i det forebyggende arbeidet (Erickson et.al 1992).

STEEP er et intervensjonsprogram som med utgangspunkt i foreldrenes egen oppvekst og indre arbeidsmodeller har til hensikt å fremme mor-barn relasjonen, samt forebygge sosiale og følelsesmessige problemer hos barna der foreldre har ulike spesielle behov (Erickson et al. 1992). Programmet har oppstart allerede i svangerskapet, og en profesjonell helsesøster utfører hjemmebesøk annen hver uke til barnet er ett år. I tillegg deltar mødrene på samtalegrupper hver uke. STEEP har hatt positiv effekt når det gjelder foreldrenes positive holdninger til barnet, et bedret hjemmemiljø og en forbedring av foreldrenes mentale helse. I forhold til barnets tilknytning foreligger det imidlertid få resultater da langtidseffekter ikke er blitt målt (ibid).

Healthy- Start er et intervensjonsprogram som ble etablert i første omgang på Hawaii på 1970 tallet (Halpern 2000, Killèn 2000). I dag er Healthy- Start utbredt i hele verden og har vist til gode resultater (ibid). Programmets hensikt er å forebygge omsorgssvikt gjennom reduksjon av omsorgsgivers stress, bedring av foreldrefunksjoner samt styrking av barnets utvikling. Programmet bygger på en rekke teoretiske tilnærminger, blant annet Bowlbys tilknytningsteori, og metoden er stadig under utvikling. Healthy- Start består av flere tilbud som iverksettes helt fra graviditet og opp til barnet er fem år (Killèn 2000). Etter at barnet er født, intervjues mor i forhold til risikofaktorer som er kjent når det gjelder omsorgssvikt

(Halpern 2000). Tilbudet kan vare opp til flere år og blir primært anvendt som tiltak på hjemmebasis av profesjonelt trente behandlere (ibid). Blant annet er programmet blitt utprøvd av helsesøstere i USA der de gjennom hjemmebesøk hjelper gravide kvinner samt tilbyr oppfølging de første årene etter fødsel (Killèn 2000).

Forebyggende intervensjonsprogrammer som tar utgangspunkt i foreldrenes egen barndom og ”spøkelser” representerer såkalte støtte- samtaler, eller psykoterapi, med foreldre som venter barn (Neumer 2008). På den andre siden er foreldrerollen et sårbart tema og krever varsomhet (Killèn 2008). I følge Stern (2000) gjennomgår den gravide kvinne en psykisk forandring som får betydning for eventuelle behandlinger og forebyggende arbeid under graviditeten. Disse må ta hensyn til kvinnens handlingstendenser, følsomhet, fantasier, bekymringer og forventninger (Brodèn 2004). Stern (2000) anvender begrepet ”moderskapskonstellasjonen”. Med dette hevder han at man må tilnærme seg foreldre på en ny måte ettersom de er i ferd med å bli omsorgspersoner, og representerer hva han betegner som ”den nye klient”.

Begrepet ”graviditetens muligheter”, som dette kapittelet heter, er lånt fra Brodèn (2004) som i mange år har arbeidet med sped- og småbarnsfamilier i vanskelige situasjoner. Hun har av erfaring sett hvordan hjelp til kvinner under graviditeten er en hjelp til barna. Denne overskriften er valgt fordi det i denne betegnelsen ligger en positiv tanke, et håp, som kan tenkes å være grunnleggende dersom man ønsker å jobbe forebyggende med risikogrupper på et tidlig stadium. I det forgående kapittelet ble det drøftet hvorvidt kunnskap om forstyrrede samspill og barns regulering kan anvendes for tidlig å identifisere sped- og småbarn av psykisk syke foreldre. Blant annet ble det hevdet at årsaken ikke nødvendigvis var relevant for å kunne identifisere, ettersom man vet hvordan et forstyrret samspill ser ut (j fr 9.1.1). Dette innebærer imidlertid at man som helsesøster må ”vente” med å iverksette tiltak. Det forutsettes at helsesøster observerer barnet og relasjonen mellom barnet og omsorgsgiver. I følge Lundén (2005) må oppmerksomheten i det forebyggende arbeidet rettes mot barn som er *i risikozonen*. Dette kan tolkes som at helsesøster bør identifisere barna *før* de har utviklet en avvikende atferd eller forstyrrede relasjoner til sine omsorgsgivere. Ved å forebygge fra en innfallsvinkel, eller ”port”, som går gjennom foreldrene, kan helsesøster antyde at noe ”skurrer” allerede før barnet er født. Forebygging under graviditeten åpner for en bredere tilnærming til begrepet om tidlig intervensjon. Samtidig underbygger innfallsvinkelen den unike muligheten helsesøstre har fordi de ofte møter foreldrene før barnet er født og før de har utviklet forstyrrede ”utviklingsstier”. Forebyggende tiltak som imidlertid er selektive, krever

oppfølging over tid (Killèn 2008). Når barnet er født må ”den nye klienten”, *relasjonen*, støttes og hjelpes fordi de som familie kan tenkes å ha andre behov (Stern 2000).

10.2 Forebyggingsmuligheter etter fødsel

Helsesøsters første møte med den ”nye klienten” er ofte på hjemmebesøk (Sosial- og Helsedirektoratet 2004, Glavin og Kvarme 2007, Hjälmhult 2009). Dette er en tilnærming metode som ofte blir trukket frem som deres unike mulighet til tidlig å identifisere risikogrupper, samt forebygge for senere vansker (Sweet og Appelbaum 2004, Sosial- og Helsedirektoratet 2004 og 2007, Hansen og Jacobsen 2007, Killèn 2008). I hovedsak vil tidlig intervensjon handle om å hjelpe barn og deres omsorgspersoner *sammen* (Hansen og Jacobsen 2007). Gjennom å styrke omsorgspersonens atferd, eller foreldrefunksjoner, kan man utvikle og styrke *relasjonen* mellom foreldre og barn (ibid). Dette er temaet i neste avsnitt, der det drøftes hvorvidt hjemmebesøk kan organiseres som en *selektiv* intervensjonsmetode for sped- og småbarn av psykisk syke. At det er mulig å gjøre dette innenfor helsestasjonens rammer må være et forbehold, og vil av den grunn diskuteres. Samspillsveiledning er en sentral metode ved denne innfallsvinkelen og vil derfor også drøftes her.

10.2.1 Hjemmebesøk

Formålet med denne type tilnærming metode er at foreldre skal få en individuell og tilpasset informasjon, samt støtte og veiledning (Sweet og Appelbaum 2005, Fagerlund 2007). Det er også en måte å etablere kontakt så tidlig som mulig med familiene etter fødsel. Samtidig får helsesøster en mulighet til å bli kjent med familien på eget arena, samt observere barnet både alene og sammen med foreldrene (Sosial- og Helsedirektoratet 2004, Fagerlund 2007, Hjälmhult 2009). Ikke minst åpner en slik tilnærming for helsesøsters mulighet til å involvere både mor og far i det forebyggende arbeidet (Sweet og Appelbaum 2004).

I en litteraturstudie undersøkte Hjälmhult (2009) Norges og andre lands erfaringer med hjemmebesøk. Familier som møter helsesøster for første gang etter fødsel på hjemmebesøk, er generelt mer tilfredse enn de som for første gang møtes på helsestasjonene. Hjemmebesøk gir familiene en opplevelse av trygghet, og helsesøster oppleves som mer personlig. De setter av mer tid med den enkelte familien, og man kan åpent snakke om ulike temaer. Studien antyder

at helsesøstre opplever denne metoden som en fin mulighet til å møte hele familien, spesielt far, og at veiledningen er lettere å tilpasse når man møtes på familiens hjemmearena (ibid). Denne undersøkelsen kan tyde på at foreldrenes første møte med helsesøster legger mye av grunnlaget for den senere relasjonsbyggingen i samarbeidet. I følge Stern (2006) er det relasjonen som etableres mellom ”hjelper” og omsorgsperson, som er den viktigste faktoren i en vellykket intervensjon. Videre tyder det mer personlige møtet på at det kan være enklere å snakke om temaer som opptar foreldrene, både på godt og vondt. Fordi psykisk helse mange ganger viser seg å oppleves som et vanskelig tema (jf 9.3), kan hjemmebesøk tenkes å være en tilnærming som åpner for vanskelige temaer. Barn og foreldre som har spesielle behov kan tenkes å profitere på en slik tilnærming ettersom det åpner for mer individuell rettede veiledningstiltak og en mer personlig kontakt med helsesøster (Sweet og Appelbaum 2004, Hansen og Jacobsen 2007). Spørsmålet er om forsterket hjemmebesøk kan anvendes på utsatte grupper, som barn av psykisk syke foreldre.

Internasjonalt er forsterket hjemmebesøk en mye brukt intervensjonsmetode for risikogrupper med sped- og småbarn (Sweet og Appelbaum 2004). Både Healthy Start og STEEP er eksempler på dette. I disse programmene er hjemmebesøk en del av et selektivt forebyggende tiltak som har vist gode resultater (ibid). Det hevdes at en av årsakene til dette kan henge sammen med at tiden rett etter fødsel er et ”åpent vindu”. Som ”hjelper” har man i denne perioden en særskilt mulighet til å komme i posisjon (Erickson et.al 1992). Det er også nærliggende å tenke at foreldrenes ”indre arbeidsmodeller” blir mer tydelige og klarere for foreldrene når de selv møter sitt barns behov og signaler (ibid). Foreldre kan tenkes å være mer mottakelige for veiledning fordi det meste oppleves som nytt, og fordi vansker ikke har fått mulighet til å manifestere og låse seg i ”onde sirkler”. Mye av det forebyggende arbeidet handler om å hjelpe før foreldrene har fått lidd nederlag ved sin omsorgsutøvelse (Killen 2006). Helsesøster kan, i følge Stern (2000) representere ”the holding environment”, fordi hun oppleves som en erfaren person som kan veilede omsorgspersonene og trygge de i deres foreldrerolle. I flere programmer der hjemmebesøk utgjør en intervensjonsmetode, er det en sykepleier som har rollen som ”den hjelpende”. I de fleste tilfeller har hun fått spesifikk opplæring og veiledning, både i forkant av intervensjon og underveis (Sweet og Appelbaum 2004, Zeanah, Larrieu, Boris, og Nagle 2006).

Armstrong, Fraser, Dadds og Morris (1999) sammenlignet to intervensjonsprogrammer rettet mot sårbare spedbarnsfamilier. Den ene gruppen mottok hyppige hjemmebesøk, mens den

andre fulgte det universale tilbudet. Som i den norske studien fant de at foreldre lettere åpnet seg om vanskelige temaer, og at de var positive til å motta hjelp gjennom en slik tilnærming (ibid). Man kunne tenke at tilbud om ekstra oppfølging for noen foreldre kan oppleves som sårbart og stigmatiserende. Likevel ble intervensjon i denne studien godt mottatt fordi foreldrene opplevde det som et støtte -tiltak og ikke en måte å bli overvåket og kontrollert på (ibid). Hjemmebesøk i Norge er et universalt tilbud og en slik tilnærming metode kan tenkes å oppfattes som mindre stigmatiserende også for psykisk syke foreldre. En antakelse har vært at familier som er i risiko og som i større grad enn andre familier trenger hjelp ikke oppsøker hjelpeapparatet (Armstrong et.al 1999). Erfaringsmessig viser det seg at det motsatte ofte er tilfelle dersom tilbudet er en del av et lavterskeltilbud (Sweet og Appelbaum 2004). Å oppleve at noen ser og støtter dem i en vanskelig tid, samt møter dem under trygge rammer, som hjemmebesøk kan representere, har vist til positive resultater både for foreldrene og barnets utvikling (ibid). Studier bekrefter at foreldre, uansett vanskelig situasjon, ønsker det beste for sine barn (Halsa 2001, Mevik og Trymbo 2002). Dersom noen er villige til å snakke med de om situasjonen, samt veilede de til å bli ”gode nok” foreldre er de fleste foreldre åpne for dette. På den andre siden kan stilles spørsmålsteget til hvorvidt hjemmebesøk som selektiv intervensjonsmetode er forenelig med helsestasjonens rammer og arbeidsområder. Kan det tenkes at forsterket hjemmebesøk blir for omfattende til at helsesøster kan gjennomføre tiltaket?

10.2.2 Implementering i helsestasjonens forebyggende virksomhet

Sweet og Appelbaum (2004) har i en meta- analytisk studie analysert effekten av 60 hjemmebaserte intervensjonsprogrammer. 75 prosent av programmene var rettet mot familier som representerte en eller annen form for miljømessig risikofaktor for barnets utvikling. Like mange ble iverksatt mellom fødsel og tre års alder. Kontrollgruppene mottok hjemmebesøk gjennom universalt forebyggende tilbud. Forskerne konkluderer med at hjemmebesøk til selektive risikogrupper varierer med hensyn til intervensjonens lengde, barnets alder, type risikogrupper etc (ibid). Dette innebærer at det er vanskelig å sammenligne på tvers av programmene, men at det på gruppenivå tyder på at hjemmebesøk har en positiv effekt både på foreldrene og på barnets utvikling. Størst effekt ser man på omsorgspersonenes foreldrefunksjon som etter intervensjonen er bedret, samt deres atferd knyttet til barnet. Dette

er begge faktorer som hevdes å ha innflytelse på barnets utvikling (ibid). På den andre siden hevder Lyon- Ruth og Easterbrooks (2006) at hjemmebesøk som intervensjonsmetode krever både tid og ressurser, samt veiledning til de ansatte. I sin studie konkluderer de med at intervensjoner med varighet på ett år har størst effekt. Dette er imidlertid et omdiskutert tema der enkelte forskere mener at intervensjoner som har spesifikke variabler i fokus over en relativ kort periode, viser større effekt enn intervensjoner som varer over lengre tid, samt er mer intensive (Bakermans-Kranenburg, Juffer, van IJzendoorn og Valderman 2003). Van IJzendoorn hevder at atferdsorienterte intervensjonsformer krever lengre tid enn eksempelvis mer holdningsorienterte metoder (ibid). Dersom dette stemmer, kan det tenkes at intervensjon knyttet til endring av foreldres holdninger og tanker om barnet, samt økt innsikt i egne indre arbeidsmodeller, bør satses tidlig på ved helsestasjonen. Intervensjon under graviditeten (jfr 10.1) kan være en alternativ innfallsvinkel. Samtaler og møter helsesøster har med den gravide kvinnen og hennes partner kan være en indikasjon på hvilke behov familien har etter fødselen. Om hjemmebesøk kan være et alternativ til selektive forebyggingstiltak rettet mot sped- og småbarn av psykisk syke kan ses å avhenge av måten det organiseres på, samt innholdet i metoden. Hvilke metoder som anvendes under hjemmebesøk er sjeldent identifisert og drøftet (Peterson, Luze, Eshbaugh, Jeon og Kantz 2007). Tidsperspektivet er ikke minst en avgjørende variabel med tanke på at helsestasjonen er et universalt forebyggende tiltak som har ansvar for hele befolkningen. Dersom konkrete veiledningsområder, som for eksempel økt sensitivitet hos foreldrene, kan veie opp for bruk av tid, kan hjemmebesøk tenkes å være en tilnærming når foreldre er psykisk syke. Hjemmebesøk kan ved siden av å være en viktig faktor for relasjonen mellom hjelper og omsorgsperson, også være en setting for veiledningsmetoder, heller en intervensjonsmetode i seg selv (Peterson et.al 2007). Ved å ta utgangspunkt i relasjonen som innfallsvinkel vil samspillsveiledning kunne være et nyttig metodeverktøy, både ved hjemmebesøk og i helsestasjonens lokaler.

10.2.3 Samspillsveiledning

Vansker knyttet til relasjonen henger sammen med samspillsvansker og barnets tilknytning til sin omsorgsperson. Å styrke samspillet samt bidra til å gi sped- og småbarn positive erfaringer med sine omsorgsgivere bør utgjøre hovedingrediensene ved det forebyggende arbeidet ved helsestasjonen når barnet er født. Viktoriagården i Sverige er et behandlingshjem

for mødre og barn med spesielle behov (Brodèn 2004). Samspill og tilknytning er hovedingrediensene i det forebyggende arbeidet med familien. Over en periode fulgte Brodèn og Riddersporre (i Skerfving 1996) 68 barn av psykisk syke mødre som viste tegn på relasjonsforstyrrelser. Av de som fikk samspillsveiledning *før* barnet var 18 måneder, viste nesten alle en normal utvikling ved behandlingens slutt. Barnas kontaktevne var betydelig bedret og samspillet mellom mor og barn fungerte bedre (ibid). Dette antyder at psykisk syke foreldre kan være åpen for veiledning og at oppfølgingen kan få innvirkning på deres relasjon til barnet. Helsestasjonen vil i mindre grad kunne følge opp familiene slik de gjør på Viktoriagården og det vil være begrenset med tilgjengelige ressurser. Resultatene er likevel viktige fordi de viser at psykisk syke foreldre med veiledning kan bedre sine foreldrefunksjoner.

Kunnskap om betydningen av tidlige samspill har ført til hyppigere bruk av samspillsorienterte metoder ved helsestasjonene (Galvin og Kvarme 2003, Hansen og Jacobsen 2007, Killèn 2008). Marte Meo er et eksempel på en slik metode. Metoden er utviklet av Aarts og har til hensikt å endre uheldige mor- barn samspill på et tidlig tidspunkt i barnets liv (Killèn 2000, Hedenbro og Wirtberg 2002, Rye 2002). Metoden anvendes systematisk både ved institusjoner og gjennom hjemmebaserte tiltak for familier med spesielle behov. En utdannet Marte Meo terapeut filmer et samspill mellom omsorgspersonen og barnet som gir utgangspunkt for samtale og veiledning i etterkant. Ved å observere seg selv og barnet er hensikten at omsorgspersonen skal tilegne seg en bedre forståelse av barnets behov og signaler. Tilbakemeldninger fra terapeuten skal handle om positive erfaringer i samspillet og bør tar utgangspunkt i det omsorgspersonen kan fra før. Metoden bygger på kunnskap om spedbarnets utvikling og hvordan hvert enkelt barn stiller ulike krav til sine omgivelser (Hedenbro og Wirtberg 2002). Målet er at omsorgspersonens holdninger til barnet og evne til samspill endres slik at barnets utvikling fremmes i relasjon med sine omsorgsgivere (ibid).

Vik og Hafting (2006) undersøkte effekten av Marte Meo på deprimerte mødre og deres barn. De fant at mødrene etter intervensjonsperioden tolket barnets signaler og behov i større grad enn tidligere, samt følte seg bedre rustet til å inngå i samspill med barnet (ibid). Til tross for generelle positive resultater ved anvendelse av denne metoden, vet vi lite om den langvarige effekten (Killèn 2000). Andre samspillsintervensjoner, som blant annet The interaction guidance (IG), har vist lovende resultater i forhold til bedring av mor- barn relasjoner i

risikofamilier (McDonough 2004). Også dette tiltaket er videobasert og benyttes ofte ved hjemmebesøk (ibid).

Mye tyder på samspillsveiledning til risikofamilier, som blant annet psykisk syke foreldre, har en dokumentert effekt. Dette styrker implementering av slike metoder ved helsestasjonene. På den andre siden antyder kartleggingsstudier at slike metoder kan være utfordrende å anvende ved helsestasjoner grunnet kompetansespørsmål, ressursmangel og lite forskning på intervensjon som anvendes ved denne tjenesten. Dette innebærer at vi vet lite om effektene av slike metoder når de iverksettes ved lavterskeltilbud (Glavin 2007). En nasjonal kartleggingsundersøkelse utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har dokumentert helsesøstres kompetansenivå- og behov spesielt innen tema psykisk helse (Andersson, Ose og Norvoll 2006). Undersøkelsen peker på utfordringene det ligger i å utvikle, og systematisk implementere gode metoder ved helsestasjonene. Det nytter ikke å kunne mye om psykisk helse og de konsekvenser dette kan få for barnets utvikling, dersom man ikke har gode metoder både i forhold til å tidlig identifisere og forebygge gjennom tidlig intervensjon (ibid). Forskning antyder at psykisk syke foreldre og deres barn vil kunne profitte på flere intervensjonsmetoder dersom det investeres tid, ressurser og kompetanse gjennom hjelpeinstanser på såkalte lavterskelnivå. Spørsmålet er om dette kun er en ideologi og at denne gruppens behov utfordrer det tradisjonelle systemet. Dette er temaet i siste avsnitt. Her drøftes det hvorvidt far kan representere barnets beskyttelsesfaktor samt nødvendigheten av å vurdere familiens ressurser opp i mot eventuelle risikofaktorer.

10.3 Beskyttelsesfaktorer – en del av forebyggingen

Når helsesøster skal vurdere hvilke forebyggende tiltak hun kan iverksette for den enkelte familie må hun i sin vurdering ta hensyn til både risikofaktorene og familiens ressurser, samt eventuelle modererende faktorer (Helseth 2007). Det er tilstedeværelsen av disse beskyttende faktorene og barnets resiliens som har en avgjørende betydning for hvordan risikofaktorene vil få konsekvenser for dets utvikling (j fr 7.3). Her settes det fokus på en tredje deltaker som, ut i fra det foreliggende forskningsmaterialet, kan tolkes som en relativ ”ny” klient; *barnets far* og *relasjonen barn-far*. Helsestasjonen i Norge kan hevdes å ha et familieorientert perspektiv (Sosial- og Helsedirektoratet 2007), og dersom man ønsker å forebygge for sped-

og småbarn av psykisk syke foreldre, er det nødvendig å inkludere hele familien og da spesielt begge av barnets foreldre.

10.3.1 "Den triadiske mulighet"

Økt kunnskap om barnets tilknytning og betydningen av det tidlige samspillet har gitt større plass til far og hans foreldrerolle i barnets utvikling (Killèn 2000). Spedbarnet anses som sosialt aktivt og interagerende og understreker nødvendigheten av å ha tilgjengelige omsorgspersoner som ser og forstår deres behov, samt møter de ut i fra det (j fr 2.0). Far er en viktig samspillspartner for barnet, på lik linje som mor. Denne kunnskapen får nødvendigvis følger for hvordan man bør forebygge for senere vansker ved for eksempel helsestasjonene. Like viktig er det at fedre blir bevisste på hva som både kan fremme og hemme samspill med sitt barn og hvilken rolle de selv har i denne transaksjonen (Killèn 2000). Fars "indre arbeidsmodeller" kan påvirke hans farsrolle som får innvirkning på hans relasjon til barnet (Erickson et.al 1992). Implementering av relasjonen mellom tre familiemedlemmer representerer en innfallsvinkel i intervensjonens "ports og entry" (j fr Stern). Denne innfallsvinkelen kalles i denne oppgaven for "*den triadiske mulighet*", da inkludering av far som en tredje deltaker i relasjonen kan tenkes å representere en ny og helt annen mulighet i det forebyggende arbeidet. Fedre kan tenkes å tilby barnet noe annet enn det barnets mor alene kan gi (Kvelling 2008b).

Når barnets mor har en psykisk lidelse, har far blitt omtalt som en eventuell beskyttelsesfaktor for barnet som kan *moderere* mors påvirkning og *kompensere* for hennes manglende fungering (Goodman og Gotlib 1999). Dette krever at far, på lik linje som mor, har mulighet til å motta hjelp og støtte gjennom et tilbud der han kan diskutere sin rolle som far i forhold til barnet, men også i forhold til sin partner (Nicholson, Nason, Calabresi og Yando 1999, Strøm 2001). Hjemmebesøk som tilnærming metode anses som en unik mulighet for helsesøster å komme i dialog både med mor og far (Hjälmhult 2009). Spørsmålet er likevel om far trenger et eget tilbud dersom han skal kunne kompensere for en psykisk syk mor. I

helsestasjonsprosjektet i Oppegård kommune ble det undersøkt hvordan barselgrupper for nybakte fedre kan være en egnet tilnærming til blant annet å styrke deres foreldrefunksjon, bearbeide indre arbeidsmodeller fra egen oppvekst, samt om behovet for nærmere oppfølging kunne komme tydeligere frem (Strøm 2001). Analyse av fedrenes egevalueringer kan tyde på at prosjektet har vært positivt mottatt og at gruppediskusjoner har satt i gang prosesser og

refleksjoner som har vært viktig for farsrollen. Helsesøstre vurderte tilbudene som så vellykkede at de valgte å fortsette med det etter endt prosjektperiode. Fedrene har jevnt over vært engasjerte og sett nytte av diskusjonene med andre fedre, samt profesjonelle. I barselgruppene kom også mødres depresjoner frem, som for helsesøstrene ikke var kjent. Tidlig identifisering av sped- og småbarn av psykisk syke foreldre kan tenkes å kunne organiseres gjennom et slikt tilbud. Fedre, som etter helsesøsters vurderinger, var i behov for mer selektive tiltak ble tidligere identifisert (ibid).

Barselgrupper for fedre kan ses som et positivt tilbud av flere årsaker. Ved å bli mer bevisst sin rolle i samspill med barnet og gjennom økt innsikt i hvordan egne barndomserfaringer kan få betydning for relasjonen, får fedre styrket sin farsrolle. En slik bevisstgjøring vil kunne tenkes å ha en modererende effekt for barnets utvikling dersom barnets mor har egne utfordringer som svekker hennes foreldrefunksjoner. Samtidig ser det ut som at universalt forebyggende tiltak kan egne seg for å fange opp både sårbare fedre og mødre. Fedre kan, på lik linje som mor, utgjøre en risikofaktor for barnet, enten ved at han ikke kan kompensere for mødres omsorg eller at han selv er psykisk syk og ikke gir barnet en sensitiv omsorg (Lovestone og Kumar 1993, Jacob og Johnson 1997, Goodman og Gotlib 1999, Nicholson et.al 1999). Hans rolle som en modererende faktor er ikke absolutt, og bør derfor være en del av det forebyggende arbeidet. I familier der far er psykisk syk, må man stille spørsmål til hvorvidt mor kan kompensere for hans eventuelle manglende emosjonelle tilgjengelighet og problemer med å representere en tilknytningsperson for barnet. Dette er et tema som er viet lite oppmerksomhet i forskningslitteraturen, noe som kan tyde på at far som tilknytningsperson ikke anses som viktig for barnets utvikling (Jacob og Johnson 1997, Nicholson et.al 1999, Kvello 2008b). Det vi imidlertid vet er at familiemiljøet i seg selv, samt relasjonen mellom ektefellene, er en risikofaktor når en av foreldrene er psykisk syk (ibid). Å ha et familiemedlem med en psykisk lidelse er belastende for hele familien og kan skape problemer også i ekteskapet. Konsekvensen av denne kunnskapen kan innebære at friske mødre med psykisk syke partnere opplever store belastninger som kan gå på bekostning av hennes omsorgsutøvelse for barnet (Lovestone og Kumar 1993, Jacob og Johnson 1997, Goodman og Gotlib 1999, Nicholson et.al 1999). Et familieorientert perspektiv der relasjonen mellom de ulike deltakerne står i fokus vil påvirke det forebyggende arbeidet og hvordan tiltak bør organiseres (Jacob og Johnson 1997). I tillegg vil et familieperspektiv i stor grad innebære et tverrfaglig samarbeid. Foreldre og barn med spesielle behov trenger ofte hjelp gjennom et *på tvers* av hjelpeinstanser.

10.4 Tverrfaglig samarbeid

Når fagfolk fra forskjellige yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles definert mål basert på egen og felles fagkunnskap, arbeider de tverrfaglig (Nilsen (2000) i Killèn 2000:234). Et slikt samarbeid kan anses som en metode som har til hensikt å yte bedre hjelp til barn og deres familier (Glavin og Erdal 2000, Drugeli 2008). Målet er å sikre kvaliteten i arbeidet ved at den samlede faglige kompetansen utnyttes. Man utvikler et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av profesjoner og fag (Glavin og Kvarme 2003).

De siste årene har det vært et økt fokus på tverrfaglig samarbeid i forbindelse med barn og unge (Drugeli 2008). Bakgrunnen for dette handler om at vi har større innsikt i de vanskene familier sliter med. De er ofte komplekse og sammensatte. Dette fører til at det er behov for hjelp og støtte fra flere profesjonsgrupper (Glavin og Kvarme 2000, Skerfving 2005, Drugeli 2008). Under Opptrappingsperioden for psykisk helse har tverrfaglig samarbeid vært et satsningsområde (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). Det heter blant annet at det psykiske helsearbeidet for barn og unge bør kjennetegnes av *tverrfaglighet* og *samarbeid* mellom tjenestene. Samarbeidet kan også innbefatte tjenester utenom kommunens ansvarsområde. Det handler om å gi barn og deres familier tilbud som både er helhetlige og individuelt tilpasset (ibid).

10.4.1 Informasjonsflyt og åpenhet

Fokus og engasjement rundt psykososiale vansker ved førstelinjetjenestene øker behovet for samarbeid med andre hjelpeinstanser (Killèn 2000). En helsesøster har både kunnskap og kompetanse i forhold til å se faresignaler. Konsekvensen er at de også må ha kompetanse til å vurdere tiltak for å sikre barnets beste. Mange familier, som sliter med mindre og mer alvorlige psykiske lidelser, har ofte behov for hjelp fra flere tjenester. Selv om man kan forebygge ved å styrke omsorgspersonenes foreldrefunksjoner, må helsesøster i tillegg vurdere deres behov for andre hjelpeinstanser. Man kan tenke at et økt ansvar i forhold til selektiv forebygging på helsestasjonen kan føre til et mindre avklart ansvarsområde. Når helsesøster iverksetter samspillsveiledning og forsterket hjemmebesøk for psykisk syke og deres barn, er hun på et tidspunkt nødt til å vurdere og evaluere effekten av intervensjonen. Vil de forebyggende tiltakene moderere *tilstrekkelig* de risikofaktorene som medierer barnets utvikling?

I oppgavens innledning ble den lave andel meldinger helsestasjonene står for, hva gjelder deres opplysningsplikt til barnevernet, problematisert. Denne plikten gjelder når det foreligger bekymring for et barns utvikling og/eller omsorgssituasjon. Barn av psykisk syke foreldre er utsatte når det gjelder psykisk omsorgssvikt (j fr. 7.1.4). Dersom man sitter alene med en bekymring, hevder Kvello (2006) at man heller avventer. Man er usikker både på egen vurdering og på hvordan man skal håndtere saken. Det kan forklare noe av den lave meldestatistikken. Det må ofte flere blikk til for å identifisere og løse et problem (Kvello 2006). Dersom det tverrfaglige samarbeidet styrkes og man kjenner til hverandres tjenester, kan man tanke at terskelen for henvisning også vil senkes. Kunnskap spres lettere når ulike tjenester jobber sammen, og man får bekreftelse på forhold man er usikre på. Det vil alltid være en balansegang mellom det å investere ”for lenge” i selektive tiltak, og iverksettelse av indikerte tiltak.

Alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge har et helhetlig ansvar for deres utvikling og psykiske helse (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). Dette innebærer at for eksempel tjenester for voksne har et ansvar i forhold til å kartlegge sine pasienters familier, slik at de som trenger det, også barna, får hjelp tidlig (Brustad og Ramin-Osmundsen 2007). I dette inngår det et ansvar i forhold til en vurdering av *barnets behov*. Spesielt er det viktig at virksomheter som anvendes av alle i befolkningen, universelle forebyggende tiltak, har et godt samarbeid. Det er disse som oftest først identifiserer barn av psykisk syke foreldre og har derfor en viktig rolle. Tverrfaglig samarbeid er mulig dersom rollene og ansvarsfordelingen avklares. Som profesjonelle ved ulike instanser må man ha en gjensidig tillit og respekt, samt en faglig sjenerøsitet (Killèn 2000). Killèn (2000) hevder at dette kan være ekstra utfordrende når vanskene er knyttet til psykososiale problemer. Kompetanse på dette området følger ikke nødvendigvis profesjonen. Dette vil også gjelde tilgang til ressurser. Samfunnets tradisjonelle systeminndelinger medfører at profesjonsgruppene blir samlet på ett sted. Konsekvensen er at kompetansen blir snever. Mye kan tyde på at omfanget av helsesøsters kompetanse og kunnskap, samt begrensede tilgang til effektive og enkle arbeidsverktøy ved helsestasjonen, snevrer inn deres mulighet til å hjelpe familier som preges av psykisk sykdom. Tverrfaglig samarbeid kan ses som en forutsetning, ikke bare for gode resultater, men også for at intervensjon rettet mot barn av psykisk syke foreldre i det hele tatt skal kunne gjennomføres (Skerfving 2005). Spørsmålet er om økt fokus på behovet for tverrfaglig samarbeid har ført til kvalitative endringer i hjelpeapparatet?

Aamodt og Aamodt (2005) konkluderer i sin rapport med at erfaringer med samarbeid mellom spesialhelsetjenestene og kommunetjenestene er varierende. Mens noen rapporterer at samarbeidet fungerer greit fra sak til sak, formidler andre at det kan være tidskrevende og personavhengig. Det er spesielt knapphet på tid som utkrystalliserer seg som en trussel mot det tverrfaglige samarbeidet. Samtidig kommer det frem i flere undersøkelser at ansatte som arbeider med denne gruppen er usikre hva gjelder deres mandat og ansvarsområder (Skerfving 2005). Eksempler fra voksenpsykiatrien antyder at ansatte ikke "ser" barna fordi de ikke er deres primære ansvar. Dette kan tyde på en mangel hva gjelder informasjonsflyt og åpenhet mellom tjenestene som enten direkte eller indirekte møter barn av psykisk syke foreldre. Dette kan være fastleger som skriver ut resepter til deprimerte kvinner og menn, eller psykologer som behandler depresjoner og andre lidelser. Sykehusene som tar i mot det nyfødte barnet og familien kan også tenkes å ha en viktig rolle når det gjelder videre henvisninger til for eksempel helsestasjonen. Det er imidlertid ikke en selvfølge i dag, at de kontakter for eksempel barnevern eller helsestasjon når de møter psykisk syke gravide og foreldre.

En barriere kan tenkes å være knyttet til helsepersonelloven om helsetjenesten i kommunene (Glavin og Kvarme 2003). Her heter det at "enhver som utfører tjeneste eller arbeid i kommunens helsetjeneste, har taushetsplikt" (Helsepersonelloven 1999). Dette innebærer at helsesøster i utgangspunktet har forbud mot å videreformidle personlige opplysninger om klienter til andre instanser og tjenester samt andre utenforstående. På den andre siden har helsepersonell en yrkesmessig taushetsplikt, samt at det eksisterer visse unntak som gir de mulighet til å kommunisere og utveksle opplysninger mellom tjenestene (Glavin og Kvarme 2003). Dette betyr at taushetsplikten hindrer samarbeid kun i de tilfeller der samtykke nektes av foreldrene eller når det ikke lar seg gjøre å innhente samtykke. Dersom opplysningene anonymiseres slik at man ikke kan spore opplysningene tilbake til familien, kan informasjon mellom instanser deles og diskuteres (ibid). Tidligere er det blitt pekt på den generelle meldeplikten man har til barnevernet.

Spørsmålet er om utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet ligger så dypt forankret i de enkelte tjenestene og hos de enkelte fagpersonene at barrieren for å starte et samarbeid blir vanskelig å overstige. Mange kommuner har i en forsøksperiode organisert tilbudene under den såkalte familiemodellen (Kunnskapsdepartementet 2009). Kan implementering av en slik modell styrke det tverrfaglige samarbeidet samt bistand til familier med spesielle behov?

10.4.2 Familiesentermodellen

Kravene til helsesøsters kunnskap og kompetanse har økt de siste årene i takt med samfunnsutviklingen og forskning. Helsestasjonen har gått fra å fokusere på helsefremmende arbeid til å inkludere forebyggende arbeid knyttet til psykososiale vansker (jfr Glavin og Kvarme). Det kan stilles spørsmål ved om en slik endring utfordrer hva vi legger i begrepet ”helse”, samt måten helsestasjonen er organisert i dag. Som det kommer av tidligere diskusjoner kan det se ut som om ønsket om det tverrfaglige samarbeidet har store utfordringer, og at vi er bundet til tradisjonelle strukturer og rammer. Dette på bekostning av barn, unge og deres foreldre som har behov for omfattende hjelp. Kramer og Gerralda (2008) hevder at fokus på psykisk helse krever en diskusjon rundt omprioriteringer ved de universale tilbudene. Spørsmålet er hvordan universalt forebyggende tiltak kan inkludere både selektive og indikerte tiltak? Spørsmålet kan også stilles annerledes; skal de i det hele tatt ha ansvar for selektive- og indikerte tilbud? Er årsaken til implementeringsproblemet av kunnskap i praksis at kunnskapen faktisk ikke kan føre til endringer fordi systemet ikke lar seg endre?

I en rapport av SINTEF helse undersøkte Norvoll, Andersson, Ådnes og Ose (2006) hvilke samarbeidsordninger det jobbes ut i fra ved de ulike kommunene i Norge. De fant at det er store variasjoner i kommunene. Noen har utviklet særskilte modeller, mens andre samordninger tar form som et formalisert samarbeid. Inntrykket er at de tjenestene som tradisjonelt ligger nær hverandre i oppfølging og tilbud til barn og unge, er de som hyppigst samarbeider i både formelle modeller og mer uformelt. Dette kommer også frem i Norges offentlige utredninger, nr. 18 om barns rett til læring, herunder modeller for samordninger og koordinering av kommunale tjenester (Kunnskapsdepartementet 2009). Mange kommuner samordner, organiserer og eventuelt samlokaliserte ulike tjenester for barn og unge under navn som barne- og ungdomstjeneste, barne- og familietjeneste, oppveksttjeneste og lignende. Det varierer fra kommune til kommune hvilke og hvor mange av tjenestene som samordnes.

I flere kommuner har det de siste årene vært forsøkt å ordne tverrfaglige tilbud under ett tak. Tilbudet går under betegnelsen ”familiesentermodellen”, som tar utgangspunkt i en svensk modell der tilbudet skal drive både helsefremmende og forebyggende arbeid. (Sosial og helsedirektoratet 2007, Kunnskapsdepartementet 2009). Et familiesenter er en lokalt forankret og samordnet virksomhet rettet mot barn, unge og deres familie. Tilbudet omfatter den lokale helsestasjonen, svangerskapsomsorgen, åpen barnehage, PPT og det lokale barnevernkontoret. I tillegg er det ofte tilknyttet psykologer og andre psykologiske og psykiatriske tjenester, som

blant annet BUP og voksenpsykiatrien. En slik *tverrfaglig samordning* vil kunne gi familiene et helhetlig og koordinert hjelpetilbud på et og samme sted (ibid). Man tenker at tilbud ordnet etter en slik type modell vil senke terskelen for henvendelse, samt bruk av kompetanse på tvers av yrkesgrupper. Senteret skal bidra til at barn og unge skal få *rett hjelp til rett tid* (ibid).

I en evaluering av forsøk med familiesenter i Norge 2002-2004 (Haugland, Lenschow og Rønning, 2006) ble det konkludert med at modellen er vurdert som så vellykket at den er videreført i alle seks kommunene som deltok i forsøksperioden (i Kunnskapsdepartementet 2009). De største kommunene arbeider i tillegg med å etablere flere sentre. Rygge er en av disse kommune som har utarbeidet den såkalte familiesentermodellen (Psykisk helse 2006). Her tilbyr de hjelp til barn, unge og deres foreldre under ett og samme tak. Hensikten har vært å tilby et tverrfaglig tiltak til de som trenger det. Tiltaket ble iverksatt i 2005 med utgangspunkt i eksisterende midler og personalressurser. På familiesenteret kan man motta både universal-, selektiv, og indikert forebyggende tiltak. Her inngår helsestasjons- og skolehelsetjenesten, BUP, psykologiske tjenester, samt barneverntjenesten. I følge Krogstad, som er helsesøster på familiesenteret, vil terskelen for å henvende seg for hjelp være lavere når man kun har ett sted å forholde seg til som ”bruker”. Her jobbes det ut i fra tverrfaglige team med en fagkoordinator på hvert team (ibid). I familiesenterevalueringen (i kunnskapsdepartementet 2009) heter det at ”Etter en tid med stadig flere skranker, byråkratiske henvisningssystemer og et stadig større press på tjenestesystemet, har familiesenteret for mange blitt «the missing link»”. Familiesenteret har vært en etterlengtet fleksibel forbindelse mellom helsestasjonen og BUP, PP-tjenesten og barneverntjenesten (ibid).

11 Oppsummering del III

I del III har helsestasjonens muligheter og eventuelle utfordringer blitt drøftet. Fokuset i diskusjonen har ligget på det forebyggende arbeidet ved tidlig intervensjon, knyttet til sped- og småbarn av psykisk syke foreldre. Det første kapitlet har omhandlet hvorvidt sped- og småbarn i denne risikogruppen kan identifiseres tidlig. Deretter ble det drøftet hvilke innfallsvinkler helsesøster kan benytte for å forebygge selektivt for denne gruppen innen for et universalt tilbud. Til slutt fulgte en diskusjon knyttet til det tverrfaglige samarbeidet og hvorvidt det kan føre til et bedre tilbud for familier med spesielle behov. Til sammen har del III til hensikt å belyse delspørsmål nummer to; *hva kan bidra til at barn av psykisk syke foreldre tidligere blir identifisert ved helsestasjonen, og hvordan forebygge gjennom tidlig intervensjon?*

Økt fokus på psykisk helse har ført til et økt krav til helsesøsters kunnskap og kompetanse når det gjelder tidlig intervensjon av sped- og småbarn i risiko. Samtidig som det kan se ut som at utviklede kartleggingsmetoder i liten grad er tilpasset helsestasjonens ressurser og arbeidsrammer, er det også tilfeldig hva som benyttes ved de ulike kommunene. På den andre siden kan muligheter som allerede eksisterer ved helsestasjonen utnyttes på en mer effektiv måte enn hva kartleggingsstudier gir uttrykk for at det gjøres i dag. Analysen som her er gjort på bakgrunn av oppgavens del I og II har bunnet ut i tre områder; *kunnskap og kompetanse, arbeidsmetoder* og til slutt *holdningsarbeid*. I oppgaven drøftes det hvorvidt helsesøsters grunnleggende kunnskap om sped- og småbarnsutvikling, samt kliniske erfaring knyttet til å se forstyrrede samspill og foreldrefunksjoner, kan anvendes i større grad til tidlig å identifisere sped- og småbarn av psykisk syke foreldre. Jeg har pekt på hvordan støtte og veiledning kan tilrettelegge for at helsesøster skal få mer tro på egen kompetanse for å minske den mulige utilstrekkeligheten økt fokus på mer kunnskap kan medføre. Det handler om å tilrettelegge for å implementere egen kompetanse på sitt praksisfelt. Kunnskap om sped- og småbarn og konsekvenser av omsorgssvikt må omsettes i praksis og anvendes. Det har også vært drøftet hvorvidt kartleggingsmetoder- og verktøy som har til hensikt å avdekke risikoforhold tidlig er tilpasset helsestasjonens ressurser og arbeidsområder. Klinisk identifikasjon som handler om samtaler med foreldre, samt observasjoner av samspill og foreldrefunksjoner utgjør helsesøsters kanskje viktigste kartleggingsmetode. Denne bygger i større grad på helsesøsters faktiske kompetanse, og kan langt på vei benyttes til å identifisere sped- og småbarn av psykisk syke foreldre.

Det stilles i oppgaven også spørsmål til om helsesøstere kan oppleve det som belastende å konfrontere foreldre med deres manglende omsorgsevne på bakgrunn av den nødvendige tillit og relasjon de må ha til familiene. Dette viser igjen et behov for veiledning og støtte i deres yrkesutøvelse. Erfaringsmessig ligger barrieren hos de profesjonelle, og er således en medvirkende årsak til at barn av psykisk syke foreldre ikke identifiseres. Med dette mener jeg at man må tørre å spørre i større grad om deres psykiske helse med det utgangspunkt at foreldre vil sine barn det beste. Psykisk helse og barns omsorgssituasjoner er følelsesmessig- og holdningsmessig krevende. I tillegg krever det stor faglig kompetanse. Relasjonen mellom hjelper og familie er kanskje den viktigste komponenten i sped- og småbarnsintervensjon. Ved å være direkte og åpen, kan man tenke at relasjonen vil styrkes og utgjøre en mulighet for endring.

Forskning og kunnskap om sped- og småbarn av psykisk syke foreldre underbygger at familien har større behov enn hva universale tiltak kan tenkes å dekke. Diskusjonen har ført til tre tilnærmingemetoder; *intervensjon i svangerskapet*, *oppfølging etter fødsel* og betydningen av et *familieperspektiv* der begge foreldrene er aktive. Stern og Brodèn kan anses som viktige bidragsytere når det gjelder å se de muligheter som finnes i arbeid med den gravide og hennes partner. Det handler om å identifisere risikofylte svangerskap, samt snakke med foreldrene om deres forventninger til foreldrerollen. Psykologiske konflikter fra egen barndom utgjør en av hovedingrediensene. Svangerskapet og risikofaktorer knyttet til denne legger grunnlaget for en trygg tilknytning, samt gode relasjoner. Helsesøsters forebyggende arbeid bør derfor ta utgangspunkt i foreldrene *før* barnet blir født. Hjelp og forebygging allerede under svangerskapet er hjelp til det ufødte barnet.

Hjemmebesøk er en mye brukt intervensjonsmetode som også tilbys alle førstegangsfødende i Norge. Spørsmålet er hvorvidt forsterket hjemmebesøk kan tenkes å dekke behovet til sped- og småbarnsfamilier som sliter med psykiske lidelser. Utfordringen vil kunne ligge i å organisere slike besøk gjennom strukturerte rutiner som innebærer kartlegging av foreldrenes sensitivitet overfor barnets subtile signaler, samt mulighet for å intervenere aktivt slik at samspillferdighetene hos foreldrene styrkes. Samspillsveiledning er en mye brukt metode for å endre uheldige samspill på et tidlig tidspunkt i barnets liv og er et viktig tiltak for å styrke omsorgsgivernes foreldrefunksjoner og sensitive omsorg. Helsesøster og familie møtes under trygge rammer og legger således til rette for den viktige relasjonsetableringen tidlig i intervensjonen. Synet på relasjonen som en ny klient, samt kunnskap om tilknytning, åpner

også for deltakelse fra barnets far. Helsesøsters mulighet til å styrke far i sin farsrolle, blant annet gjennom barselgrupper for fedre, vil kunne bidra til at risikofaktorer som forbindes med denne risikofamilien kan modereres. Det er også en mulighet til å avdekke risikofaktorer både knyttet til faren selv og barnets mor den første tiden etter fødsel.

Selv om det i oppgaven kommer frem at helsestasjonen som et universalt forebyggende tilbud har store muligheter knyttet til tidlig intervensjon og selektive tiltak er det barnets behov, og ikke foreldrenes, som hele tiden må stå i fokus. Dette innebærer at det må vurderes hvorvidt foreldrene har potensialer til å ta vare på et lite barn, samt evalueres underveis. Er foreldrenes problematikk såpass omfattende at det ikke kan dekkes ved helsestasjonen må helsesøster ha kompetanse knyttet til viderehenvisning. Helsesøster må vurdere hvorvidt familiens behov går utover hva som kan tilbys kun under helsestasjonens rammer og mandat. Problemer knyttet til foreldres psykisk helse er omfattende. Familien vil kunne ha behov fra flere instanser om de skulle kunne fungere i hverdagen og med de utfordringer det er å ha et spedbarn. Her kan man tenke at gode tverrfaglige samarbeidsrutiner vil kunne føre til åpenhet mellom ulike tjenester og på den måten senke terskel for viderehenvisning og samarbeid. Dette vil kunne styrke kompetanse og trygghet hos fagpersonalet. Spørsmålet er hvordan økt kunnskap og økte krav vil medføre til omprioriteringer og nye tenkemåter. Helsestasjonen har gått fra å ha et helsefremmende fokus til forbygging av vansker og utviklingsforstyrrelser som ikke nødvendigvis har ført til en økning i ressurser. For å kunne møte de behovene sped- og småbarnsfamilier med psykiske lidelser har, står vi ovenfor store utfordringer. Det er pekt på om dette kanskje innebærer en omstrukturering av helsestasjonstilbudet slik det er organisert i dag. Dette krever et tilbud som bryter med tradisjonelle institusjoner og struktureringer. Det handler om å utnytte eksisterende ressurser på tvers av organisasjoner for å optimalisere tilbudene til barn og deres omsorgspersoner. Kommuner i en forsøksperiode har organisert hjelp til familier under den såkalte ”familiemodellen”. Denne type tiltak viser til positive resultater både på system- og individnivå. Familiesentermodellen, eller lignende modeller, kan være løsningen vi lenge har ventet på.

Tidlig intervensjon sammen med tverrfaglig arbeid under graviditeten og i barnets første leveår ser ut til å utgjøre de viktigste ingrediensene i det forebyggende arbeidet knyttet til sped- og småbarn av psykisk syke foreldre.

12 Avsluttende refleksjoner

Denne oppgaven har hatt til hensikt å peke på hvordan helsestasjonen kan anvende sin rolle i det universalforebyggende tilbudet i Norge til tidlig å identifisere, samt forebygge gjennom selektive tiltak. Målet har vært å synliggjøre sped- og småbarn av psykisk syke foreldre, samt antyde hvordan man gjennom tidlig intervensjon kan moderere og kompensere for kumulative risikofaktorer forbundet med disse barnas omsorgssituasjon.

Det har til tider vært utfordrende å skrive en oppgave om barn av psykisk syke foreldre med den fordypning dette har innebåret på en relativ kort og en intens periode. I oppgaven har disse barna blitt drøftet i det store og det hele som en gruppe. Det samme gjelder foreldrene. Dette har ikke bare vært enkelt da det viser seg at det er store variasjoner hva gjelder psykisk sykes foreldrefunksjoner og belastninger. Dette underbygges gjennom å behandle disse barna som en risikogruppe. Det betyr at ikke alle barn vil lide i nærværet av psykisk syke foreldre. På den andre siden har jeg under denne skriveprosessen måtte gå inn i meg selv for ikke å gjøre den sammen feilen som det er gjort tidligere; å behandle barn av psykisk syke som ”usynlige”. Selv om psykiske vansker alene ikke er en årsaksfaktor til hvorfor mange av disse barna lider, er det et faktum at det er en risikofaktor. I oppgaven er det pekt på hvordan fagfolks holdninger kan virke som en barriere i forhold til å gi barna tidlig hjelp. Det har vært viktig for meg å ikke falle i samme grube. I fare for å virke bastant ser jeg det som viktig å innse at psykisk sykdom ofte utgjør en trussel for det lille barnet, og at identifisering av psykisk syke foreldre skal vekke bekymring hos den profesjonelle. Å bagatellisere hjelper ikke barnet verken på kort- eller på langsikt. Det har denne oppgaven vist gjennom bruk av forskningsmateriale på dette området over flere år. Ingen barn er usynlige, og ingen barn skal lide under andres redsel for stigmatisering og utrygghet. Jeg håper denne oppgaven kan bidra til en mer avklart hjelperrolle, slik at barna blir sett, og ikke minst hjulpet *før* det er for sent.

Jeg har også lyst til å dele med leser, min egen utvikling i arbeidet med denne oppgaven, da det har bidratt til hvordan oppgaven ser ut i dag. I startfasen av dette prosjektet hadde jeg en idè om hvilke muligheter helsestasjonen kunne tenkes å ha i forhold til barn av psykisk syke foreldre. Jeg må innrømme at jeg var kritisk til at barna fortsatt ikke ble sett og tenkte at dette handlet om mangel på kunnskap og kompetanse. I løpet av skriveprosessen har jeg imidlertid tilegnet meg mer kunnskap om barn av psykisk syke foreldre og hvor omfattende dette temaet er. Dette har ført til at jeg nå stiller meg annerledes til helsestasjonens rolle og helsesøsters

ståsted i debatten om de ”usynlige barna”. Det utkrystalliserte seg raskt noen temaer som jeg tidligere ikke hadde tenkt over, og som har bidratt til at jeg nå ser de mange *utfordringene* som ofte ligger i det å være et lavterskel- og universalt tilbud. Da jeg valgte tema for min masteroppgave var jeg usikker i forhold til temaets relevans i forhold til studiet og da spesielt i forhold til mitt ønske om å etter hvert jobbe i PP-Tjenesten. Som det kommer frem i oppgaven er barn av psykisk syke foreldre imidlertid en gruppe som ofte vil vise et bredt spekter av vansker og som vil ha særlige utfordringer. Samtidig har det sakte men sikkert gått opp for meg at mange av de utfordringene det i oppgaven er blitt pekt på, knyttet til helsestasjonens rolle, i mange tilfeller også vil kunne ramme ansatte i PP-Tjenesten. Dette er også et universalt forebyggende tilbud som skal dekke et bredt spekter av vansker knyttet til læring, motivasjon og utvikling. Det er derfor nærliggende å tenke at pp-rådgivere, som helsesøstre, vil oppleve å komme til kort når det gjelder opplevelse av kompetanse, bruk av kartleggingsmetoder, samarbeid med foreldre og henvisninger til andre hjelpeinstanser. Det har vært morsomt å se denne koplingen som tidligere har vært, for meg, fremmed. Dette er kunnskap jeg vil ta med meg videre og som jeg håper har ført til enn viss bevissthet knyttet til egen rolle som profesjonell fagarbeider.

Som det kommer frem av oppgaven ser det ut som tema om psykisk helse utfordrer hjelpetilbudene slik de tradisjonelt har vært organisert. Jeg ønsker avslutningsvis å peke på enkelte områder denne oppgaven har pekt på som kan tenkes å si noe om veien videre. Selv om satsningen på psykisk helse har ført til kvalitative endringer på mange områder, er det fortsatt visse utfordringer som begrenser mulighetene for eksempel helsesøstre har i deres arbeid. Dette handler nødvendigvis om mer enn kravet til kunnskap og kompetanse. Det har for eksempel vært viet lite oppmerksomhet knyttet til forskning ved helsestasjonen og helsesøstres arbeidsmetoder. Såkalt praksisnær forskning kan tenkes å minske gapet mellom kunnskap og det som gjøres i praksis i dag. Dette krever at helsesøster selv anvender sin kliniske erfaring til å forske på det feltet de jobber i. Nasjonal forskning på effektive kartleggingsmetoder vil også kunne styrke deres mulighet til identifisere tidligere ved at de kan bli tryggere i sine vurderinger. På den andre siden nytter det ikke å utvikle gode forskningsbaserte metoder og intervensjonsprogrammer dersom rammene ikke er tilstede. I den forbindelse ble jeg særlig opptatt av hvordan mange helsesøstre opplever å stå alene i sitt arbeid og at økte krav står i misforhold til samarbeid med andre sentrale tjenester. Dersom det både i utdannelsen og ved helsestasjonene jobbes mot å øke deres kompetanse i tverrfaglig samhandling vil man kanskje kunne senke terskelen for å spørre om konsultasjon der man

selv opplever å ikke strekker til. Dette blir dessuten enda viktigere da barn av psykisk syke foreldre og deres familier ofte har behov for sammensatte tilbud og bred kompetanse.

I tillegg viser en gjennomgåelse av forskning på dette temaet at kjønnsperspektivet i det store og det hele er snevert. Dersom konsekvenser av det å vokse opp med psykisk syke foreldre kun dreier seg om mødres helse står man i fare for å overse en sentral tilknytningsfigur i barnet liv. I hvilke grad far kan kompensere for en psykisk syk mor er viktig for hvordan barnets omsorgssituasjon ser ut. Like viktig er det imidlertid å ha kunnskap om på hvilken måte en *psykisk syk far* kan utgjøre en risikofaktor for barnets utvikling og hvordan han kan mediere mors omsorgspraksis. Her gjenstår det nok en del arbeid.

Kanskje den viktigste hensikten med denne oppgaven har vært å bekrefte en gang for alle at ingen barn er usynlige! Det handler om å tørre å ta det neste steget, samt hele tiden å ha barnets beste i fokus. Dette kan gå på bekostning av foreldres ønske. Jeg har valgt å avslutte denne oppgaven med det gamle afrikanske ordtaket som på en enkel måte kan minne oss på hva det innebærer å investere i barns utvikling;

It takes a village to raise a child...

Litteraturliste

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillside: Erlbaum.
- Andersson, H. W., Ose, S. O., & Norvoll, R. (2006). Rapport: *Helsesøsters kompetanse*. Trondheim: Sintef Helse.
- Armstrong, Fraser, Dadds, & Morris. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of pediatric child health*;35, 237-244.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H & Valderman, M. K. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, vol 129, no 2 , 195-215.
- Barton, M. L., & Robins, D. (2000). Regulatory disorders. I C.H. Zeanah Jr.(red.), *Handbook of infant mental health* (ss. 311-325). New York: The Guilford Press.
- Beardslee, W. R., Phyllis, R. C., Salt, P., Versage, E., & Wright, E. (1996). Response of families to two preventive interventions strategies: Long-term differences in behavior and attitude change. *American academy of child and adolescent psychiatry* ; 35, 774-782.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *American Academy of child and adolescent psychiatry*, 1134-1141.
- Beardslee, W. R., & Gladstone, T. R. (2001). Prevention of childhood depression: Recent findings and future prospects. *Society of biological psychiatry*;49, 1101-1110.
- Beckwith, L. (2000). Prevention Science and prevention programs. I C. H. Zeanah Jr.(red), *Handbook of infant mental health* (ss. 439-456). New York: The Guilford Press.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A., & Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical child psychology and psychiatry*, vol 7 (4), 529-552.
- Bjørneboe, G.E (2006). Å se barn og unge. *Psykisk Magasin oktober* , ss.2.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1 Attachment*. London: Pimlico.
- Brevik, A. N (2001). *Sluttrapport for helsestasjonsprosjektet*. Oppegård kommune: Helseavdelingen

- Broberg, A. G. (2005). Anknytning, rädsla och omsorgssvikt. I von der Lippe A.L, Wilkinson, S.R, (red.). *Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging- et jubileumsskrift til Kari Killèn*. Rapport 7, NOVA, 15-34.
- Brodèn, M. (2004). *Graviditetens muligheter*. København: Akademisk forlag.
- Brofoss, K. E., & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Forskningsrådet.
- Brustad, S., & Ramin-Osmundsen, M. (2007, 14. november). Langsiktig hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddlavyhengige foreldre (Tale/artikkel). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet (Regjeringen).
- Braarud, H., & Stormark, K. M. (2008). Prosodic modification and vocal adjustment in mothers speech during face-to-face interaction with their two to four month old infants: A double video study. *Social development*, 17: 4, 1074-1084.
- Børve, T. A., & Dalgard, O. S. (2000). Depresjoner. I L. Weisæth, & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse - risikofaktorer og forebyggende arbeid* (ss. 237-258). Oslo: Gyldendal Norsk Forelag AS.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1987). Mother-Infant Face-to-Face Interaction: The Sequence of Dyadic States at 3, 6, and 9 Months. *Developmental Psychology* 23: 1, 68-77.
- Cohn, J., Campbell, L., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interaction of postpartum depression and non-depressed mother-infant pairs at two months. *Developmental psychology*, 26:1 , 15-23.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of children psychology and psychiatry*, 28:6, 917-928.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child and psychiatry*, 46, 479-489.
- DeMulder, E. K., & Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology*, 3, 227-242.
- Drugli, M. B. (2008). *Barn som vekker bekymring, 2.utg, 1.opplag*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Erdal, B. (2007). Observasjoner på helsestasjonen. I K. Glavin, S. Helseth, & G. L. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (ss.117-127). Oslo: Akribe AS.

- Erickson, M. F., Korfmacher, J., & Egeland, B. R. (1992). Attachments past and present: Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and psychopathology*, 4, 495-507.
- Fagerlund, B. H. (2007). Helsesøster på hjemmebesøk. I K. Glavin, S. Helseth, & G. L. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (ss. 269-280). Oslo: Akribe AS.
- Folkehelseinstituttet (2003a, 12. desember). *Psykiske plager og lidelser*, oppdatert 22.02.2008, 12:40. Hentet 01. september 2009, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:42699::1:5647:32::0:0
- Folkehelseinstituttet (2003b, 02. desember). *Depresjon - fakta ark*, oppdatert 19.02.2008, 13:03. Hentet 01. september 2009, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:41924::1:5647:9::0:0
- Fraiberg, S. M., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the american academy of child psychiatry*, 14, 387-423.
- Gammeltoft, M., & Lier, L. (2002). Spæd- og småbørn med psykisk syge mødre. I P. Holm, B. Møller & B. Perl (red.) *Når mor eller far er psykisk syk 2: en artikkelsamling*. København: Social Udviklingscenter SUS
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain - a review. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 41, 97-116.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Glavin, K., & Kvarme, G. L. (2003). *Helsesøstertjenesten - fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe Forlag.
- Glavin, K. (2007). Kartlegging av behov - screening og strukturerte kartleggingsinstrumenter. I K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling - metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (ss.105-116). Oslo: Akribe AS.
- Glavin, K., Helseth S., Kvarme, G.L. (2007). Utfordringer for helsesøstertjenesten - og veien videre. I K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling- metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (323-329). Oslo: Akribe AS
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106:3, 458-490.

- Grinde, E. (2004). *Barn av psykisk syke - informasjonshefte fra Rådet for psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Halpern, R. (2000). Early intervention for low-income children and families. I J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (red.), *Handbook of early childhood intervention, 2edt* (ss. 361-386). Cambridge: Cambridge University press.
- Halsa, A. (2001). Når mor har en psykisk lidelse. I J.K.Hummelvoll, A.Granerud & E.Severinsson (red), *Psykososialt perspektiv på lidelse, rapport nr.10*, Dokumentasjon fra forskningskonferanse innen UNISKA nettverket. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hansen, M. B., & Jacobsen, H. (2007). *Sped- og småbarn i risiko-en kunnskapsstatus*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion øst og sør.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2008). *Fra interaksjon til relasjon - tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hedenbro, M., & Wirtberg, I. (2002). *Samspillet kraft: Marte Meo - mulighet til utvikling*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helseth, S. (2007). Sykepleiefaglig forankring. I K. Glavin, S. Helseth, & G. L. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling- metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (ss.17-27).Oslo: Akribe AS
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr.64*.
- Heyerdahl, K. (2000). Omsorgssvikt. I L. Weisæth, & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse- risikofaktorer og forebyggende arbeid* (ss. 145-161). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Hillegers, M. H., Reichart, C. G., Wals, M., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2005). Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders* , 344-350.
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Forskning nr 1: 4* , 18-26.
- Holm, P., Møller, B., & Perl, B. (2002). Liv med psykisk syge forældre - en introduktion. I P.Holm, B.Møller & B.Perl (red) *Når mor eller far er psykisk syg 2: en artikkelsamling*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., & Del Valle, C. (1994). Infants of "Depressed" Mothers Interact Better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15: 4 , 348-357.

- Jacob, T., & Johnson, S. L. (1997). Parent-Child Interaction Among Depressed Fathers and Mothers: Impact on Child Functioning. *Journal of Family Psychology* , 11: 4, 391-409.
- Jarlsbo, R., & Tennfjord, I. W. (2006, 29. april). De glemte barna. *Dagbladet*. Hentet 11.oktober 2009, fra <http://www.dagbladet.no/tekstarkiv/artikkel.php?id=5001060050942&tag=tit&words=de%3Bglemte%3Bbarna>
- Jennkins, J. (2008). Psychosocial adversity and resilience. I M. Rutter , Bishop,D, Pine,D, Scott. S, Stevenson J., Taylor E., Thapar, E. (red.), *Rutters child and adolescent psychiatry* (ss.377-391). Blackwell Publishing.
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrom, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental psychology* , 1051-1060.
- Kärki, F. U. (2006). Økt kompetanse skal hjelpe flere barn. *Psykisk Magasin*, oktober , ss.6-7.
- Killèn, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner - forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killèn, K. (2006). De glemte barna. *Psykisk Magasin*, oktober, ss.4-5.
- Killèn, K. (2008). *Sveket- omsorgssvikt er alles ansvar, 3.utg*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kolbjørnsrud. (1999). *Barn av psykiatriske pasienter*. Hentet 15.september 2009 fra <http://www.helsenytt.no>
- Kramer, T., & Gerralda, E. (2008). Primary health care in psychiatry. I M. Rutter, Bishop,D., Pine,D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, E. (red.), *Rutters child and adolescent psychiatry* (ss.1167-1179). Blackwell Publishing.
- Krystyna, H. (2005). *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kunnskapsdepartementet (2009). *Rett til læring*. NOU 2009:18. Oslo: Regjeringen
- Kvello, Ø. (2006). Må gripe inn før det er for sent. *Psykisk Magasin*, oktober (ss.2-3).
- Kvello, Ø. (2008a). En globalisert norsk barndom. I Kvello, Ø. (red.), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø, 1.utg, 1.oppl.* (ss. 21-42). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2008b). De mest betydningsfulle sosialiseringsarenaer og -agenter. I Kvello, Ø. (red.), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø, 1.utg, 1.oppl.* (ss. 155-190). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Leverton, T. J. (2003). Parental psychiatric illness. The implications for children. *Child and adolescent psychiatry* , 16, 395-402.
- Lovestone, S., & Kumar, R. (1993). Postnatal Psychiatric Illness: The Impact on Partners. *British Journal of Psychiatry* , 163 , 210-216.
- Lundèn, K. (2005). Förskolebarn och omsorgssvikt. I von der Lippe A.L, Wilkinson, S.R (red.), *Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging- et jubileumsskrift til Kari Killèn*. Rapport 7, NOVA, 87-106.
- Lyons-Ruth, K., & Easterbrooks, A. M. (2006). Assessing mediated models of family change in response to infant home visiting: A two-phase longitudinal analysis. *Infant mental health journal*, 27:1, 55-69.
- Mathiesen, K. S. (2009). Del 2: barn og unge. I Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S, *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*; 8 (ss.41-57). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- McDonough, S. C. (2004). Interaction guidance - promoting and nurturing the caregiving relationship. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum, *Treating parent-infant relationship problems - strategies for intervention* (ss. 79- 96). New York: The Guilford Press.
- Mevik, K., & Trymbo, B. E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Moe, V. (1997). *Det affektive samspillet. Betydningen av det tidlige affektive samspillet for selvutviklingen*, skriftserie nr.8. Oslo: Oslo Kommune - Aline Spedbarnsenter.
- Moe, I. & Westerveld, J. (2009). Mest sårbare i barneårene. 11.oktober i *Aftenposten*
- Mordoch, E., & Hall, W. A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: A critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatric nursing*, 16:5 , 208-216.
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *British journal of psychiatry*, 182 , 420-427.
- Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). Del 1: Voksne. I I Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S, *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (ss.13-40). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Møller, S., I (2009). Slår alarm for sjelden. 6.august 2009 i *Dagsavisen*.
- Nelson, C. A., & Bosquet, M. (2000). Neurobiology of fetal and infant development: Implications for infant mental health. I C. H. Zeanah Jr.(red.), *Handbook of infant mental health* (ss. 37-59). New York: The Guilford Press.

- Nelson, C., & Jeste, S. (2008). Neurobiological perspectives on developmental psychopathology. I M. Rutter, Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, E. (red.), *Rutters child and adolescent psychiatry* (145-159). Blackwell Publishing.
- Neumer, S.P (2008). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Forebyggende familieintervensjon (FFI)*, Ungsinn, tiltak nr. 1. Hentet 10. oktober 2009 fra http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p_document_id=72919
- Nicholson, J., Nason, M. W., Calabresi, A. O., & Yando, R. (1999). Fathers with severe mental illness: Characteristics and comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69:1, 134-141.
- Norvoll, R., Andersson, H. W., Ådnanes, M., & Ose, S. O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*, Rapport. Oslo/Trondheim: SINTEF helse.
- Olofsson, M. (2005). Omsorgssvigt af det ufødte barn. Rusmidler set i et børeperspektiv. Et social- og sundhedspolitisk problem som kan forebygges. I von der Lippe A.L., Wilkinson, S.R.(red.) *Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging- et jubileumsskrift til Kari Killèn*. Rapport 7, 71-86.
- RBUP, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, Hentet 02. oktober 2009 fra RBUP <http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/pages/spedogsma>.
- Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H.-J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing Parent- Child Interactions through Home Visiting: Promising Practice or Unfulfilled Promise? *Journal of Early Intervention*, 29:2 , 119-140.
- Psykisk helse (2006). Alt under ett tak. *Psykisk Magasin*, oktober. (ss.16-17).
- Rimehaug, T., Børstad, J. M., Helmersberg, I., & Wold, J. E. (2006). De "usynlige" barna. *Tidsskrift Nordisk Lægeforening*, nr. 11:126, 1493-4.
- Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2006). Samhandling i yrkesrollen. I Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (red.) *Bære eller briste - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Salomonsen, M., & Solum, T. (2008). Henvis gravide med psykososiale problemer. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128:5 , ss. 594-595. Hentet 02.november 2009 fra <http://www.tidsskriftet.no>
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. I C. H. Zeanah Jr.(red.), *Handbook of infant mental health* (ss. 3-19). New York: The Guilford Press.

- Scott, S. (2008). Parenting programs. I M. Rutter, Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, E. (red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (ss.1046-1061). Blackwell Publishing.
- Seifer, R., & Dickstein, S. (2000). Parental mental illness and infant development. I C. H. Zeanah Jr.(red.), *Handbook of infant mental health* (ss. 145-160). New York: The Guilford Press.
- Skerfving, A. (1996). *Barn till psykiskt störda föräldrar- sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunskapssammanställning, rapport nr.11*. Stockholm: FoU-enheten/psykiatri. Västre Stockholms sjukvårdsområde.
- Skerfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen: om barn til psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Gothia.
- Smith, L. (1996). *Småbarnsalderens nevropsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Smith, L., & Ulvund, S.-E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forbyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS-1104*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. IS-1405*.
- Statistisk Sentral Byrå (SSB) (2006), Undersøkingar i barnevernet, 2006. Stor auke i talet på undersøkingar. Hentet 06 september 2009 fra <http://www.ssb.no/vis/emner/03/03/barnevernund/main.html>
- St.prp.nr.63. (1997-1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 39, 39-52.
- Stein, A., Ramchandani, P., & Murray, L. (2008). Impact of parental psychiatric disorder and physical illness. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, Thapar, E. (red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 5. utgave (ss. 407-417). Blackwell Publishing.
- Stern, D. (2000). The motherhood constellation: Therapeutic approaches to early relational problems. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (red.), *Treating*

- parent-infant relationship problems - strategies for intervention* (ss.29-42). New York: The Guilford Press.
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, D. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant mental health journal*, 27:1 , 1-4.
- Strøm, H. (2001). Barsel gruppe for fedre. I A. N. Brevik (red.), *Sluttrapport for helsestasjonsprosjektet* (ss. 29-49). Oppegård kommune: Helseavdelingen.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, m. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta - analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child development*, 75:5 , 1435-1456.
- Teti, D. M., Galfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal Depression and the Quality of Early Attachment: An examination of infants, Preschoolers, and their Mothers. *Developmental Psychology*, 31:3 , 364-376.
- Tienari, P., Sorri, A., Lathi, I., Naarala, M., Whalberg, K.-E., Rönkkö, T., et al. (1985). The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *The Yale journal of biology and medicine* 58 , 227-237.
- van IJendoorn, M. H., Schuegel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11 , 225-249.
- Vik, K. (2001). Psykisk sykdom hos foreldrene - hva med barna? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 29 , 121-122.
- Vik, K., & Hafting, M. (2006). Video interaction guidance offered to mothers with postnatal depression: Experiences of a pilot study. *Nord Journal of Psychiatry*; 60 , 234-238.
- Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2008). Clarifying and maximizing the usefulness of targeted preventive interventions. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, e. Taylor, et al.(red.), *Rutters child and adolescent psychiatry, 5th edition* (ss. 989-1008). Blackwell Publishing.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental disorder and child physical and sexual abuse: Findings from Ontario health supplement. *Child abuse & neglect*, 26 , ss. 11-22.
- Weisæth, L. (2000). Sentrale begreper og definisjoner. I L. Weisæth, & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse - risikofaktorer og forebyggende arbeid* (ss. 3-24). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Weisæth, L., & Lande, S. B. (2000). Arv og miljø. I L. Weisæth, & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse- risikofaktorer og forebyggende arbeid* (ss. 25-35). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Winnicott, D. W. (1969). *The child, his family and the outside world*. London: Penguin books.
- Winnicott, D.W. (2000). Spædbørn og deres mødre. København: Hans reitzels Forlag
- Wright, O. M., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development. Fostering positive adaption in the context of adversity. I S. Goldstein, & R. B. Brooks (red.), *Handbook of resilience in children*. Boston: Springer Boston.
- Zeanah, J. C., Larrieu, J. A., Heller, S. S., & Valliere, L. (2000). Infant-parent relationship assessment. I J. C. Zeanah Jr.(red.), *Handbook of infant mental health* (ss. 222-235). New York: The Guilford Press.
- Zeanah, P. D., Larrieu, J. A., Boris, N. W., & Nagle, G. A. (2006). Nurse home visiting: Perspectives from nurses. *Infant mental health journal*, 27:1, 41-54.
- Zeanah, C.H., & Smyke, T.A. (2008). Attachment disorders in relation to deprivation. I M. Rutter, Bishop,D., Pine,D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., Thapar, E. (red.), *Rutters child and adolescent psychiatry* (906-915). Blackwell Publishing.
- Øiesvold, T. (2000). Psykoser. I L. Weisæth, & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse- risikofaktorer og forebyggende arbeid* (ss. 277-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aalbæk, T., & Glistrup, S. (1997). Børn av psykisk syge forældre - en undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling, *Psykologisk studieskriftserie, 1:1*. Universitetet i Aarhus, Psykologisk institutt, Aarhus.
- Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Rapport. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.